

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 23

DES
DIFFICULTÉS DE L'ABAISSEMENT
DU PIED ANTÉRIEUR

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÈTE
MODE DES FESSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1910

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges DESMAROUX

Né le 5 Juin 1882, à Saint-Etienne (Loire)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1910



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 23

DES
DIFFICULTÉS DE L'ABAISSEMENT
DU PIED ANTÉRIEUR

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ
MODE DES FESSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges DESMAROUX

Né le 5 Juin 1883, à Saint-Etienne (Loire)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	X.
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag	—
Accouchements	COMMANDEUR —	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	THÉVENOT	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	LERICHE	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FABRE, *Président*; AUG. POLLOSSON, *Assesseur*;
MM. COMMANDEUR et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon

PRÉFACE

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par notre maître si dévoué et si bienveillant, M. le professeur Fabre.

C'est grâce aux connaissances que nous avons acquises dans son haut enseignement et à ses excellents conseils qu'il nous a été donné de mener ce travail à bonne fin.

Nous saisissons avec joie cette occasion de lui témoigner notre profonde reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert les portes de sa clinique et de sa bibliothèque, et les bons conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail.

Qu'il veuille bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

A tous nos Professeurs de la Faculté, à tous nos Maîtres dans les hôpitaux, auprès desquels nous avons largement puisé l'enseignement, nous tenons à exprimer nos sentiments de profonde gratitude.

INTRODUCTION

On entend par *siège décomplété*, *mode des fesses*, une variété de la présentation pelvienne dans laquelle le *siège* proprement dit se présente seul, les membres inférieurs étant relevés au devant de l'abdomen et du thorax.

Remarquons tout de suite que, dans un grand nombre de cas, l'accouchement se fait par les seules forces naturelles, mais il arrive encore souvent que l'accoucheur se trouve dans des circonstances où, comme le dit fort bien M^{re} Lachapelle, l'art en fait plus que la nature, et il faut bien savoir que, toutes les fois que la dystocie se présente, elle acquiert une gravité toute particulière.

Il est bien évident que, si la version céphalique par manœuvres externes était toujours applicable, ce serait pour l'accoucheur un avantage des plus appréciables.

Mais on doit se rendre compte que le praticien qui se trouve en présence de la parturiente ne l'a souvent jamais vue pendant l'évolution de sa grossesse, et l'époque où on vient le consulter est trop tardive pour qu'il faille songer à un pareil traitement.

Et, de plus, quel médecin peut se vanter d'avoir toujours conservé le fœtus dans la position secondaire que la version lui avait fait acquérir?

A-t-on même toujours pu aisément pratiquer la version céphalique?

En présence de toutes ces contrariétés, le praticien est obligé d'aller à la recherche de nouvelles méthodes. Etant forcé de laisser l'accouchement se faire par le siège, il devra avoir présentes à la mémoire toutes les difficultés qui pourront surgir au moment où il s'y attendra le moins et à l'aide de procédés sûrs et rationnels y parer dans la mesure du possible.

C'est dans l'étude de ces procédés, c'est dans l'exposé de ces difficultés que consistera notre travail.

Nous l'avons divisé en quatre parties :

Dans un premier chapitre, nous montrerons que la présentation du siège décomplété, mode des fesses, crée parfois une véritable dystocie, et nous montrerons la nature des difficultés que l'on peut rencontrer dans l'abaissement du pied.

Le second chapitre sera consacré à l'étude des procédés de traction instrumentaux et manuels.

Le troisième chapitre contiendra l'exposé de l'abaissement du pied, tant au point de vue prophylactique que curatif.

Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, nous indiquerons trois méthodes d'abaissement du pied,

dites méthodes mixtes, dont l'application faite, ces derniers temps à la clinique obstétricale par M. le professeur Fabre, a donné les résultats les plus encourageants.

DES
DIFFICULTÉS DE L'ABAISSEMENT
DU PIED ANTÉRIEUR

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ
MODE DES FESSES

CHAPITRE PREMIER

DYSTOCIE CRÉÉE PAR LA PRÉSENTATION
DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ
DIFFICULTÉS POUR ABAISSER LE PIED

Tarnier disait : « Le pronostic est grave lorsque l'enfant se présente par les fesses. Souvent, l'intervention de l'art est nécessaire et cette intervention elle-même est pleine de difficultés. »

Nous avons divisé l'étude de ces dernières en deux grands groupes.

- A. — *Difficultés se rapportant à la mère et à l'œuf.*
- B. — *Difficultés relatives au mobile fœtal.*

A

I. Difficultés tenant à la mère.

α. DIFFICULTÉS VULVAIRES. — Un premier facteur à envisager est :

1° *L'étroitesse des parties génitales.* — Il peut arriver qu'en présence d'une vulve étroite et d'un plancher périnéal résistant, on éprouve une gêne assez considérable à introduire la main dans le vagin. La résistance n'est qu'apparente et, au bout de quelques instants, on arrivera aisément au but désiré. Pour cela, les doigts introduits en forme de cône, de façon à s'étaler sur une surface des plus restreintes, amèneront petit à petit une dilatation suffisante, et des mouvements de rotation combinés à ceux d'enfoncement ne tarderont pas à conduire la main toute entière dans les parties génitales qui auront acquis par ce moyen une élasticité suffisante.

Dans le cas de vulve très étroite, Cazeaux conseille d'introduire les doigts l'un après l'autre, puis de les réunir en gouttière, de manière que le pouce se glisse dans leur concavité et ne tienne par lui-même aucune place.

Mais, à moins qu'elle ne résulte d'anciennes adhérences, l'étroitesse de la vulve est rarement assez considérable, même chez les primipares, pour être un véritable obstacle à l'introduction de la main de l'accoucheur.

Si toutefois, malgré de nombreuses tentatives, ce temps obstétrical était impossible, il ne faudrait pas hésiter à avoir recours à des moyens de dilatation. Le ballon de Champetier de Ribes est bien indiqué dans la circonstance. Après l'avoir introduit dans le vagin, on y injecte une certaine quantité d'eau stérilisée et on le dilate peu à peu. Sous l'influence de la dilatation provoquée, les contractions ne tardent pas à se produire et à expulser le ballon.

A ce moment, on peut, sans difficultés, opérer l'introduction de la main (méthode de la dilatation pré-fœtale).

2° *Œdème de la vulve.* — L'œdème de la vulve, nous dit Charpentier, se rencontre chez les femmes extrêmement infiltrées, que cet œdème soit ou non sous la dépendance de l'albuminurie, et on s'est vu, dans ce cas, obligé de faire sur les parties génitales quelques mouchetures pour permettre à la vulve ainsi tuméfiée dans ses grandes lèvres de s'affaisser et de permettre le passage de la main. Cet œdème peut résulter de tentatives inutiles et répétées d'interventions. Sous l'influence de l'introduction répétée de la main ou d'instruments, les parties génitales prennent un volume énorme et présentent un aspect caractéristique. Les grandes lèvres, les petites lèvres énormément gonflées et tuméfiées, rouges, livides, parsemées de taches ecchymotiques brunâtres, traces d'une gangrène imminente, font une saillie énorme et des plus douloureuses entre les cuisses de la malade.

En même temps, un écoulement plus ou moins sanieux peut se faire par le vagin ; d'autres fois, celui-ci est extrêmement sec et sensible, même à l'introduction du doigt.

Mais ce sont là des cas dus à une infection confirmée et qui, heureusement, sont assez rares.

Mais il est nécessaire dans tous les accouchements, et surtout dans ceux où le travail doit être prolongé, de prendre des précautions antiseptiques aussi sérieuses que possible. Une fois que les accidents se sont produits, il faut éviter les manœuvres brutales, car,

malgré les précautions, les délabrements sont considérables et l'élasticité des tissus n'existe plus : ils se déchirent plutôt que de se laisser distendre.

β. DIFFICULTÉS VAGINALES. — Chez certaines primipares, la résistance vulvaire n'est pas tout ; le vagin, sans qu'on puisse décrire une véritable lésion, est difficilement extensible ou ne l'est que par des procédés à action lente, et, lorsque la main de l'accoucheur cherche à s'insinuer sur les parties latérales de la présentation déjà basse, il peut se produire de véritables éclatements très étendus intéressant le sphincter, l'anus et même la paroi recto-vaginale.

Toutes ces dispositions anatomiques démontrent quelles difficultés on peut rencontrer dans toutes les manœuvres, quelles qu'elles soient, d'abaissement du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses, et cela, surtout chez les primipares.

γ. DIFFICULTÉS CERVICALES. — Lorsqu'on est appelé à intervenir avant la dilatation complète, il s'agit alors d'un traitement prophylactique destiné à éviter les accidents dus à l'extraction, ou bien il s'agit de cas dans lesquels, par suite de la souffrance de l'enfant ou de la mère, on est amené à intervenir avant la dilatation complète.

Si la terminaison immédiate de l'accouchement n'est pas absolument nécessaire, s'il ne s'agit en particulier que d'une tentative trop hâtive d'extraction du col, si, en un mot, les accidents ne menacent pas immédiatement la vie de la mère ou du fœtus, le mieux est

de remettre l'opération et d'attendre aussi longtemps qu'il n'y aura pas nécessité d'intervenir.

Les bains ont été conseillés, mais ils ont le désavantage d'exposer à des dangers d'infection. Les injections tièdes, le chloral peuvent rendre l'attente de la dilatation complète possible. Mais s'il faut faire une intervention immédiate, il faudra soi-même dilater le col.

Examinons auparavant à quoi peut tenir la résistance de l'orifice utérin.

Cet état peut tenir à plusieurs causes que nous allons énumérer brièvement.

1° Il y a tout d'abord une rigidité du col que Pajot appelait *rigidité mécanique* et que la plupart des auteurs désignent aujourd'hui sous le nom de rigidité anatomique. Le col est résistant sans qu'on puisse trouver aucune lésion capable d'expliquer le phénomène. C'est là un état particulier aux primipares âgées, que Fochier appelait le « fil », à cause de la sensation de fil de fer tendu que donne le toucher au doigt qui explore le bord libre du col.

De petites incisions peu profondes, ou simplement la rupture de l'anneau rigide avec l'index, constituent le traitement approprié; mais, dans les cas de siège décomplété, la présentation est irrégulière. L'extrémité pelvienne remplit mal les conditions mécaniques conduisant à une dilatation normale du col, et cela surtout dans les cas où la poche des eaux, rompue prématurément, ne peut compléter l'action dilatatrice.

2° A côté de cette rigidité anatomique existe un autre état de résistance du col qui peut, du reste, être primitive ou secondaire et qu'on appelle rigidité spasmodique.

Les femmes nerveuses, présentant du vaginisme, sont sujettes à la première variété.

Quant à la seconde, on l'observait autrefois à la suite de l'administration de seigle ergoté. Nous l'observons plus fréquemment de nos jours dans les cas de dilatation au ballon.

Les souffrances de la parturiente sont très fortes, surtout au moment des contractions. Cet état de spasme pouvant arrêter la dilatation pendant assez longtemps, il importe d'administrer des calmants, dès que le phénomène aura pu être constaté. Le chloral en lavements et les inhalations de chloroforme sont parfois très utiles.

3° La *rigidité cicatricielle* s'observe dans un nombre de cas bien différents.

Les cicatrices consécutives à des accouchements antérieurs ne gênent pas, en général, la dilatation.

Il n'en est pas de même des interventions obstétricales qui laissent parfois des cicatrices profondes et intéressant une plus ou moins grande partie du col, surtout à la suite d'infection et de suppuration.

Nous placerons également dans cette classe la rigidité cancéreuse, celle qui peut tenir au chancre du col, ou aux cautérisations de la cavité cervicale. La syphilis agit dans le même sens.

Si l'expectative ne donne pas de résultats, on pourra avoir recours à la dilatation bimanuelle. Ce n'est qu'en cas d'échec de cette dernière méthode qu'il faudra tenter la césarienne vaginale, ou mieux abdominale, si l'atrésie est complète.

4° *Rétraction partielle du corps utérin*. — L'orifice

interne peut subir un resserrement. Mais cette contraction ne survient que lorsque les eaux se sont écoulées depuis longtemps. Elle résulte, comme le fait remarquer Dewees, de la double tendance de l'utérus à reprendre sa forme primitive et à s'accommoder à la forme des parties contenues dans sa cavité.

Le seul remède au mal est ici l'anesthésie qui fera relâcher les fibres musculaires du globe utérin et permettra, par suite, l'abaissement du pied.

Remarquons en passant que l'administration de seigle ergoté favorise puissamment la production de cette rétraction et doit être complètement abandonné.

5° *Rétraction totale du corps utérin.* — Le corps lui-même de l'utérus peut acquérir une véritable rétraction quand les eaux se sont écoulées depuis longtemps.

La plupart des auteurs conseillent de recourir alors à l'anesthésie, qui permettra le relâchement des fibres musculaires utérines.

Cazeaux dit s'être bien trouvé, dans de pareils cas, d'introduire les deux mains, l'une après l'autre, à plusieurs reprises et de leur faire exécuter des efforts très modérés pour pénétrer profondément dans l'utérus. La fibre utérine finit parfois par se fatiguer, et le relâchement qui suit permet d'atteindre le pied.

On peut également employer les opiacés en lavement, à la dose de 10 centigrammes.

Mais, quand le corps même de l'utérus est retractoré, on peut aussi avoir des difficultés pour diriger en avant le plan dorsal du fœtus. Il ne faut plus alors repousser et tirer alternativement sur le tronc, en cherchant à lui imprimer chaque fois une légère rota-

tion. Ce serait le plus souvent impossible et l'on s'exposerait véritablement à tordre le cou de l'enfant, car la tête, maintenue par la contraction du fond utérin, pourrait bien ne pas participer à la rotation imprimée au tronc.

Mieux vaut, croyons-nous, dans ce cas, renoncer au retournement du fœtus et laisser la face venir en dessus.

On pourrait toutefois essayer le chloroforme.

6° *Mobilité du corps utérin.* — Dubois dit qu'on n'a pas assez insisté sur cette particularité. Elle met pourtant l'accoucheur dans l'impossibilité de pénétrer dans le fond utérin. La main, pressée fortement entre la paroi utérine et la paroi fœtale, fait de vains efforts pour arriver jusqu'aux pieds. L'utérus, la main et le tronc du fœtus ne forment qu'un tout qui tourne continuellement sur lui-même, mais la main ne peut arriver à cheminer à l'intérieur de la cavité utérine.

Il suffit pour remédier à cet inconvénient, de faire fixer le fond utérin par un aide qui placera ses deux mains sur les parties supérieures et latérales de l'organe, de manière à produire une immobilité à peu près complète. Ces difficultés viennent de ce fait qu'il s'agit en même temps de rétrécissement du bassin ; les difficultés mécaniques de l'extraction fœtale sont augmentées par suite de la rétraction de l'utérus.

Nous ne pouvons pas terminer ce chapitre spécial à la dystocie d'origine maternelle, sans mentionner une circonstance dont l'influence se fait constamment sentir dans la présentation des fesses. Nous voulons ici parler de l'état de primiparité ou de multiparité de la parturiente.

7° *Influence néfaste de la primiparité.* — Nous donnons à la fin de ce chapitre une statistique que nous avons dressée tout dernièrement à la clinique obstétricale de l'Université de Lyon. Cette statistique porte notamment sur le nombre des interventions relatives à l'abaissement du pied antérieur.

Or, ce qui nous frappe de suite, c'est que ce nombre est relativement bien supérieur chez les primipares que chez les multipares.

Ceci s'explique. Chez ces dernières, en effet, les parties molles ont été préparées et assouplies par les accouchements antérieurs. Il n'y a pas ici à craindre la résistance de la vulve et du plancher périnéal.

De plus, le travail étant moins long chez cette catégorie de parturientes, le muscle utérin se fatigue moins et se dépense moins en contractions irrégulières et inutiles.

La dilatation du col se fait mieux et la présentation, pourvu toutefois que le bassin ne s'y oppose pas par un rétrécissement, effectue convenablement sa descente.

Malgré tout, il est nécessaire de surveiller l'extraction, de faciliter le dégagement de la hanche postérieure, de pratiquer l'anse du cordon, de compléter l'abaissement des bras par la manœuvre intra-vaginale ou par le Deventer-Muller, de faciliter le franchissement de la tête en empêchant la déflexion et en favorisant la flexion par la manœuvre de Mauriceau.

8° *Rétrécissement du bassin.* — En général le rétrécissement du bassin n'est pas considéré comme capable de faire naître des difficultés à l'abaissement du pied

dans la présentation du siège, et l'on est d'avis que ces dernières se trouvent toutes réunies au moment du passage de la tête dernière.

Il semble cependant que ce soit là un facteur important et nous n'en voulons pour preuve que les résultats que nous avons acquis dans la recherche de nos observations qui nous ont donné une moyenne de 16 interventions sur 88 cas et, dans ces 6 interventions, nous avons 5 rétrécissements du bassin.

Il ne faut pas oublier, en effet, que si la main peut pénétrer à plat dans un bassin rétréci même à un haut degré, il faut, lorsqu'on tente un abaissement du pied, que la main puisse sortir en amenant le pied du fœtus; elle est ainsi, non plus à plat, mais refermée sur ce membre, et elle doit, au retour, franchir ce rétrécissement, pliée en double et augmentée du volume du membre fœtal saisi.

De plus, la main ne pourra évoluer qu'avec peine autour de la présentation; les doigts pénétreront mal pour atteindre le creux poplité; l'abaissement du pied sera, de la sorte, rendu assez difficile.

II. — Difficultés tenant à l'œuf.

1° *Insertion du placenta sur le col.* — Si l'insertion placentaire se fait latéralement, le passage de la main est encore possible, mais si l'insertion a lieu centre pour centre, les hémorragies forcent à intervenir.

Perforer le centre du placenta est un moyen bien dangereux. On risque de produire des déchirures des ramifications, des villosités.

De plus, l'ouverture qu'on pourrait ainsi pratiquer serait insuffisante pour le passage de la main et pour la descente de la présentation.

Aussi faut-il abandonner ce procédé.

Le mieux, dans un pareil cas, sera de décoller un des points de la circonférence placentaire et de faire glisser la main entre sa face externe et la paroi interne de l'utérus. On aura bien quelques pertes sanguines, mais on ménagera de la sorte le sang de l'enfant et l'hémorragie à laquelle on pourra assister sera vite arrêtée par le tronc qui, par son passage, comprimera les vaisseaux déchirés et exercera un tamponnement efficace.

2° *Oligoamnios*. — L'oligoamnios est caractérisé par la quantité insuffisante de liquide amniotique. Les anciens auteurs le décrivaient sous le nom de « couches sèches ». Dans un certain nombre de cas cette quantité peut être extrêmement réduite et ne pas dépasser quelques cuillerées.

On conçoit aisément les difficultés que peut rencontrer l'accoucheur quand il est obligé d'intervenir en pareil cas. L'utérus se trouvant dans un état de sécheresse à peu près complète ne pourra qu'avec peine aller à la rencontre de la présentation et à la recherche du pied antérieur. Si même celui-ci est atteignible, on aura souvent les plus grands ennuis pour obtenir son abaissement. L'accoucheur se trouve dans des conditions analogues à celles de la rétraction utérine.

3° *Rupture prématurée des membranes*. — On sait que les présentations vicieuses prédisposent beaucoup

à cet accident. Aussi se présente-t-il parfois dans l'accouchement du siège.

La condition la plus favorable à l'abaissement du pied est l'intégrité de la poche des eaux. Mais si la rupture des membranes se fait prématurément, la partie fœtale, représentée ici par le siège, se trouve retenue au-dessus du détroit supérieur: chez les multipares, le liquide amniotique s'écoule alors librement, et, par suite, l'utérus se rétracte d'autant plus sur la partie fœtale qu'il reste moins de liquide dans la cavité utérine.

Il faudra donc, sinon que la poche soit intacte, du moins qu'il reste une certaine quantité de liquide, favorable à l'introduction de la main et à l'évolution du pied de l'enfant.

4° Procidence du cordon. — La procidence du cordon ne crée pas, à proprement parler, une véritable difficulté à l'abaissement du pied. Mais elle peut compromettre la vie du fœtus et force à une intervention rapide et active qui permet seule de sauver l'enfant.

En effet, si l'enfant est vivant, il faut éviter avant tout les froissements et la compression du cordon. Le mieux est alors de le reporter dans l'utérus, avec la main qui va y pénétrer, en le plaçant au-dessous de la partie fœtale, et, si on ne peut maintenir sa réduction, de terminer aussi rapidement que possible l'extraction pour soustraire le fœtus aux dangers qui le menacent.

Si le cordon reste dans le col, il est nécessaire de prendre de grandes précautions pour éviter de le presser, de le comprimer entre la main et la partie fœtale qu'on cherche à mobiliser.

La brièveté du cordon, absolue ou relative par suite de circulaire, ou de nœuds, ne nous gênera guère pour l'abaissement du pied, mais elle peut arrêter la descente du fœtus. Dans ce cas, le meilleur procédé est encore, si on ne peut les dérouler, de recourir à la section du cordon et d'extraire le fœtus.

Si ce dernier était à cheval sur le cordon, le moyen de parer à tout accident, serait de faire passer l'anse par-dessus la fesse postérieure où elle aura moins de chance d'être comprimée.

En théorie, ces difficultés sont nombreuses, mais en pratique, elles sont relativement rares, et il est presque toujours facile d'en venir à bout.

En présence de toutes les difficultés que nous venons d'énumérer, se rapportant à l'abaissement du pied antérieur, on a tout lieu de se demander si la présentation du siège, mode des fesses n'est pas, suivant l'expression de M^{re} Lachapelle, une de celles où « l'art en fait plus que la nature », et, comme telle, ne réclame pas souvent l'aide du praticien.

En parcourant la thèse de Mantel, nous avons eu l'occasion de trouver une statistique relative au siège décomplété, mode des fesses, que nous reproduisons ci-dessous.

Cette statistique porte sur 110 accouchements des fesses, ainsi répartis :

Primipares	54
Multipares	56

1° *Au point de vue de la mortalité :*

Chez les primipares :

Enfants morts pendant ou après l'accouchement.	3
Enfants en état de mort apparente	6
Un macéré.	

Chez les multipares :

Enfants morts pendant ou après l'accouchement.	6
Enfants en état de mort apparente	3

2° *Au point de vue des interventions :*

Chez les primipares	9
Chez les multipares	6

Ces derniers temps, à la clinique obstétricale de Lyon, nous nous sommes livré à un travail du même genre.

Nous avons fait porter nos recherches sur les observations prises depuis le début de l'année 1906 jusqu'au 30 octobre 1910, et nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Pendant ces cinq années il y a eu à la clinique un total de 5.527 accouchements. Sur ces 5.527 accouchements, le nombre des présentations du siège est de 147, réparties de la façon suivante :

Sièges complets	59
Sièges décomplétés, mode des fesses.	88

Ce qui nous donne une moyenne de :

1 siège décomplété pour 63 accouchements.

Comme on peut s'en rendre compte par les chiffres

ci-dessous, le nombre des primipares est sensiblement plus important que celui des multipares :

Primipares	49
Multipares	39

classées comme il suit :

	Année 1906	Année 1907	Année 1908	Année 1909	Année 1910
Primipares.	11	10	8	12	8
Multipares.	10	8	9	7	5

Le nombre des interventions est assez élevé :

Nous notons, en effet, sur 88 accouchements :

Interventions : 16	{	Abaissement du pied.	10
		Tractions inguinales.	2
		Manœuvres externes.	3
		Traction anale.	1

Ce qui nous donne une moyenne de 20 pour 100 d'interventions réparties de la façon suivante :

Primipares	11
Multipares	5

Le nombre des primipares, chez qui l'abaissement du pied fut difficile, est donc nettement supérieur au nombre de multipares.

Remarquons en passant que, sur ces 16 interventions, 5 ont été faites chez des parturientes ayant un rétrécissement du bassin (4 bassins généralement rétrécis et 1 transversalement rétréci), ce qui tendrait à prouver que ce n'est pas là un facteur négligeable, car on croit souvent que le rétrécissement du bassin n'occasionne de difficultés qu'au passage de la tête.

Nous avons rencontré quelques cas de dystocie des parties molles et un cas de rétraction utérine avec sécheresse complète de l'organe, due à ce que l'intervention fut faite longtemps après la rupture des membranes.

Quant à la mortalité, elle reste toujours assez élevée.

D'après notre statistique, nous avons eu 9 décès sur 88 accouchements soit plus de 1 pour 10. Mais il est bien évident que presque tous les risques sont dus au passage des épaules ou de l'extrémité céphalique.

Les différentes statistiques relatives à la mortalité sont bien dissemblables. On en jugera par les chiffres suivants.

D'après Porack :

Primipares.	28	Mortalité.	8	Soit :	25 0/0
Multipares.	49	Mortalité.	2	Soit :	4 0/0

D'après Pinard :

Primipares.	109	Mortalité.	11	Soit	10,09 0/0
Multipares.	114	Mortalité.	29	Soit	15,76 0/0

D'après Mantel :

Primipares.	54	Mortalité.	3	Soit :	5,55 0/0
Multipares.	56	Mortalité.	6	Soit :	10,71 0/0

D'après Cocagne :

Primipares.	28	Mortalité.	»	Soit {	Moyenne
Multipares.	26	Mortalité.	»		3,57 o/o

Enfin, Bloc nous dit qu'à la clinique de la rue d'Assas, il y a eu, en onze ans, 175 accouchements par

le siège. Dans 18 cas on dut intervenir : 6 fois chez les multipares, 12 fois chez les primipares.

Mortalité fœtale, 7 0/0.

Retenons de tout ceci que le nombre des interventions et celui de la mortalité sont encore très élevés, ce qui doit engager le praticien à se prémunir contre les difficultés qui peuvent se présenter et à bien connaître les procédés employés pour l'abaissement du pied.

C'est de leur étude que nous nous occuperons dans le chapitre second.

B

Difficultés tenant au mobile fœtal.

I. QUELLE EST LA POSITION DU FŒTUS *in utero*? —

Le siège étant en bas, la tête regardant le fond utérin, le fœtus a les bras croisés sur la poitrine, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes faisant suite aux cuisses, de façon à ce que les talons arrivent au niveau des épaules. Dans une pareille situation, le siège représente le sommet d'un cône qui s'enfonce dans le bassin et dont la base est arrêtée au détroit supérieur.

Pour que l'engagement ait lieu, le fœtus est obligé de s'infléchir fortement, afin de s'adapter à la courbure de l'excavation pelvienne. Au moment du dégagement, cette inflexion doit encore s'accroître pour permettre à la hanche antérieure de se dégager derrière la symphyse pubienne, tandis que la hanche postérieure descend sur le plancher périnéal.

Or, dans le siège décomplété, mode des fesses, ce

mouvement si important d'inflexion ne se produit pas. Comme l'a bien montré Tarnier, la difficulté vient ici du relèvement des membres inférieurs relevés en attelles au-devant de l'abdomen et du thorax du fœtus et maintenant rigide la colonne vertébrale. Cette rigidité enlève à ce dernier toute faculté de déplacement et d'inclinaison.

La proposition formulée par Cazeaux trouve ici une juste application :

« Toutes les fois, dit-il, qu'une tige droite et inflexible aura à franchir un canal courbe, elle le franchira d'autant plus facilement que le canal sera moins courbe et moins long ou la tige droite plus courbe. »

Dès lors, comment cette tige droite, rigide, pourrait-elle parcourir la courbure de l'excavation ?

Les fesses du fœtus arrivent bien, peu à peu, à déprimer et à creuser le périnée à chaque contraction utérine, mais elles n'ont pas tendance à se porter en avant pour se dégager.

Mais, ici, nous sommes amené directement à faire une distinction capitale entre le mode des fesses primitif et le mode des fesses secondaire.

Autrefois, on n'admettait pas de présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses.

« Il n'existe qu'une seule présentation primitive, celle du pelvis en masse ; les trois autres ne sont que secondaires » (Pinard).

Nous avons acquis une preuve nous-même, au mois de juin dernier, de l'existence du siège primitivement décomplété.

Une primipare, nommée Jeanne B..., accoucha le

16 juin 1910 à la clinique, d'un enfant dont les jambes n'étaient pas en extension. Or, une radiographie avait été faite le 31 mai et avait prouvé que l'on était en présence d'un siège, mode des fesses, primitivement décomplété.

Avec MM. Lefour, Budin, Rivière et leurs observations sur l'attitude « naturelle » du fœtus après la naissance, qui reprend la position qu'il avait dans la cavité utérine, sur les signes certains constatés avant l'accouchement et enfin sur l'examen anatomique d'un œuf complet où l'empreinte des orteils était marquée sur la tête de l'enfant, avec ces auteurs, disons-nous, on commença à considérer l'intervention dans le siège, mode des fesses, abstraction faite des autres variétés.

Voici ce que dit M. Lefour à ce sujet :

« Si, après la naissance, on place un fœtus sur un lit ou une table, peu importe, dans le décubitus dorsal, on le voit se pelotonner sur lui-même et reprendre, par la flexion de ses diverses parties, l'attitude qu'il avait dans la cavité utérine et qu'on désigne sous le nom d'attitude maternelle. Si le siège est complet ou bien s'il est décomplété secondairement sous l'influence du travail, le fœtus reprendra aussitôt après la naissance l'attitude qu'il avait dans la cavité utérine, c'est-à-dire l'attitude naturelle.

« C'est ce qu'on observe dans la majorité des cas. Lorsque le siège est primitivement décomplété de façon que les cuisses soient fléchies sur l'abdomen, les jambes étendues sur les cuisses et relevées au-devant de la poitrine, il gardera après la naissance son attitude première, celle qu'il avait dans la cavité utérine. Les

jambes resteront fortement étendues sur les cuisses et les deux extrémités inférieures ainsi constituées se relevant sur le plan antérieur du fœtus, non pas parallèlement, mais de telle façon que les pieds se trouvent au niveau des épaules ou même en dehors de ces parties. C'est en vain qu'on essaie, aussitôt après la naissance, d'étendre les cuisses sur le bassin et de défléchir les jambes sur les cuisses; les parties reviennent, comme mues par un ressort, à la situation première, au grand désespoir des parents qui croient à une infirmité. Donc, dans tous les cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses primitif, le fœtus, après sa naissance, conserve pendant quelque temps une attitude caractéristique qui n'est pas l'attitude naturelle. Dans les cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses secondaires, c'est-à-dire produit pendant le travail, le fœtus, après sa naissance, a une attitude naturelle. »

Cette remarque de Lefour a été confirmée par d'autres observateurs, Ollivier, Budin, Champreys, mais, si elle est juste dans un grand nombre de cas, elle ne saurait être généralisée. Ollivier rapporte en effet l'observation d'une femme suivie à la maternité pendant les quinze derniers jours de sa grossesse et chez laquelle le siège décomplété était profondément engagé dans l'excavation. Quand on examina l'enfant après l'accouchement, les jambes étaient non pas relevées sur l'abdomen, mais fléchies sur les cuisses.

En voyant l'attitude de l'enfant, Lefour aurait conclu à un siège secondairement décomplété, bien que ce fût un siège primitif.

Il faut donc retenir avec Ollivier que « lorsqu'on verra aussitôt après la naissance les jambes relevées en attelles, on pourra dire que le siège était primitivement décomplété, mais en présence d'un enfant dont les jambes sont fléchies sur les cuisses, on ne pourra pas dire que le siège n'était pas primitivement décomplété ».

Quant à l'explication de ces différentes attitudes, M. Budin pense l'avoir trouvée dans la quantité plus ou moins grande de liquide amniotique. S'il y a peu de liquide interposé entre le fœtus et la paroi utérine, les jambes étendues seront exactement maintenues dans cette situation par l'utérus, pour ainsi dire moulé sur l'enfant. Si, au contraire, le liquide amniotique est abondant, les jambes du fœtus exécuteront librement des mouvements de flexion et d'extension sur les cuisses, et, lorsque l'enfant sera expulsé, il ne prendra pas l'attitude décrite par M. Lefour. Cette distinction des présentations primitive et secondaire est importante :

1° *Au point de vue de l'engagement.* — En effet, une présentation primitive pourra ne pas être engagée, alors qu'une présentation secondaire le sera toujours, le décomplété étant la conséquence de cet engagement.

2° *Au point de vue de la facilité de la version.* — La présentation primitive offrira beaucoup plus de difficultés que la présentation secondaire dont les membres défléchis seront moins accoutumés à la position prise et pourront se fléchir au moment où on soulèvera le fœtus pour opérer la manœuvre.

3° *Au point de vue de la difficulté de l'abaissement du pied.* — Pour nous, on doit toujours tenter l'abais-

sement du pied que la présentation soit primitive ou secondaire, engagée ou non.

Nous donnons ci-après quelques notes parues dans l'*Obstétrique*, ayant pour auteurs Griffith et W. Lea, et se rapportant au siège décomplété mode des fesses (primitif ou secondaire). Griffith et W. Lea (Breech presentation with extended legs) (*Osbtetr. Soc. of London*, 1897) indiquent dix-sept cas de présentations de sièges décomplétés, modes des fesses, et voici les conclusions qu'ils ont cru devoir tirer :

1° L'extension des jambes dans les présentations incomplètes du siège peut être primitive ou secondaire.

2° Dans les présentations primitives, avant le début du travail, le siège s'engage facilement au détroit supérieur et le diagnostic est possible.

3° Dans le cas de présentation secondaire, l'extension des jambes se produit pendant le travail. Cette forme est plus fréquente que la première (70 pour 100 des cas).

4° Le pronostic pour l'enfant n'est pas plus mauvais que ne l'est en général une présentation du siège.

5° La version céphalique est avantageuse avant que le travail ne soit avancé. Elle n'est pas possible d'ordinaire, dans les présentations primitives, mais elle peut l'être dans les variétés secondaires.

6° L'accouchement, dans la plupart des cas, a lieu naturellement.

7° La réduction prophylactique de la jambe n'est nécessaire que dans des cas exceptionnels.

8° Il semble qu'il est préférable de fléchir la jambe

sur la cuisse, plutôt que de la faire descendre dans le vagin.

II. MOBILITÉ DU FŒTUS. — Quand on a atteint le creux poplité et qu'on cherche à opérer la manœuvre d'abduction de la cuisse, il peut arriver que le tronc du fœtus accompagne le membre inférieur dans son déplacement. La cuisse garde alors avec le tronc des rapports invariables, et l'abaissement du pied peut présenter des difficultés.

Pour les prévenir, il faudra fixer le bassin à l'aide du pouce, placé en arrière de lui.

Un autre moyen assez efficace consiste à utiliser l'index et le médius de la main qui opère, pour produire le déplacement de la cuisse. Ces deux doigts, étant placés à la face interne de cette dernière, agiront en sens inverse du pouce placé sur sa face externe. L'autre main, fixée sur la paroi abdominale, pourra agir sur le fœtus et arrêter ainsi son déplacement.

III. VOLUME DU FŒTUS. — On sait que pour un fœtus à terme, le diamètre bitrochantérien mesure 9 centimètres et le diamètre pubio sacré, 5, 5 seulement.

Nous trouvons dans la thèse de Mercier des notes qui tendraient à prouver que des fœtus d'un poids supérieur à 3.000 grammes peuvent être expulsés spontanément chez des multipares. Chez la primipare l'accouchement spontané pourrait se faire, mais seulement avec un fœtus pesant moins de 3.000.

Nous avons cherché à nous rendre compte de l'exactitude des recherches de Mercier et nous avons été

amené à constater que les chiffres des poids relatifs aux enfants nés à la suite des interventions mentionnées dans nos observations sont tous, sauf deux, supérieurs à 3.000.

Ceci tendrait à prouver que chez les multipares, comme chez les primipares, le volume du fœtus n'est pas un facteur complètement négligeable. Remarquons, d'autre part, que les deux interventions relatives aux enfants ayant pesé, l'un 2.090 et l'autre 2.480, ont été rendues nécessaires par l'existence chez la mère d'un rétrécissement du bassin.

Enfin, nous avons constaté que, dans la grande majorité des cas de dégagement spontané du siège, les enfants de primipares avaient un poids inférieur ou, au plus égal à 3.000.

CHAPITRE II

MANŒUVRES DESTINÉES A EXTRAIRE LE SIÈGE APRÈS ARRÊT DU TRAVAIL

A. — Traction à l'aide d'instruments.

Nous venons d'étudier les difficultés de l'abaissement du pied antérieur ; il est intéressant de voir quels étaient anciennement les procédés employés pour obtenir l'extraction du siège en cas de dystocie.

Nous verrons ensuite comment, pas à pas, ces procédés se sont perfectionnés pour aboutir aux méthodes sérieuses et rationnelles que nous employons aujourd'hui.

I. AMPUTATION. — Préconisée à l'âge de tâtonnement de l'obstétrique, l'amputation a vite été abandonnée. La technique était simple et radicale : lorsque les pieds venaient à se présenter et que le reste du corps ne venait pas, on n'hésitait pas à sectionner les membres inférieurs et à les séparer du tronc.

Cette méthode, outre sa barbarie toute primitive, ne faisait du reste que priver l'opérateur du seul moyen qu'il avait de faire l'extraction.

II. CROCHET-MOUSSE. — C'est là un instrument complètement mis de côté aujourd'hui, non pas qu'il ne permette d'exercer des tractions très énergiques, bien au contraire; mais son application est des plus difficiles et il a le grand inconvénient d'exposer aux fractures et aux lésions des parties molles.

On l'introduit avec peine, car la largeur qui lui est nécessaire le rend difficile à placer et surtout à diriger.

Aujourd'hui, nous le répétons, personne ne se sert plus du crochet-mousse. A la fin de ce chapitre, nous avons placé deux observations montrant les grands inconvénients d'un pareil instrument et à quels dangers on s'exposerait si l'on était tenté de s'en servir (obs. I et II).

OBSERVATION I (M^{me} Lachapelle).

Le 20 novembre 1819, une femme assez robuste et enceinte pour la première fois arrive à l'hospice après avoir souffert chez elle près de vingt-quatre heures. Les fesses se présentaient à peine engagées dans le détroit supérieur, les lombes à gauche et le dos en avant. Les fesses étaient encore trop élevées pour que je puisse avec avantage appliquer les doigts recourbés en crochet dans le pli des aines. En conséquence, je me décidais à employer le crochet-mousse qui termine les branches du forceps. Il me fut impossible de parvenir à placer le crochet dans l'aine placée derrière l'éminence ilio-pectinée droite, mais mes efforts firent descendre les fesses, qui, bientôt, se trouvèrent assez profondément engagées pour que je puisse avec avantage agir sur l'aine située vers le sacrum. Il me fut alors facile d'appliquer le crochet et d'amener le fœtus au dehors, mais l'enfant était si volumineux et la vulve si étroite que

le globe se dévota par sa main. L'enfant était mort et les régimes généraux avaient disparu, qu'on les eût pu puiser au hasard.

CONSERVATION II (Globe).

Pendant l'été de 1877, une femme fut soumise à l'opération de la césarienne. Elle était en travail. L'enfant se présentait par l'extrémité générale, déformée, avec ses lèvres et le nez bien dans l'ouverture après de longues heures.

On arriva en appliquant dans l'axe le crâne, comme qui termine les branches du fœtus. L'enfant fut extrait avec difficulté. Il présentait une fracture du fœtus. L'extrémité du crâne avait pénétré dans les mailles membraneuses et perforé l'artère fœtale. Il fut impossible d'arrêter l'hémorragie et l'enfant succomba au bout d'une heure.

III. Lacs. — Les lacs ont été proposés par Smellie pour la présentation des fœtus, et Deane les recommande comme avantageux. Peu s'en montre également très partisans.

Mais on ne doit s'en servir qu'avec une extrême prudence, car on ne peut se dispenser de proposer des lacs; il est très difficile, souvent même impossible à réaliser dans le pli de l'aîne, surtout si on descend est un peu élevé.

Les porte-lacs ne rendent pas, en la circonstance, de très grands services. Cependant, nombreux sont les auteurs modernes qui conseillent encore ce procédé d'application des tractions. Les uns emploient des rubans de fil, d'autres des manches de lampes ou de fumeroir, d'autres encore, comme Oliver, donnent le judicieux conseil d'employer la suture dont on se

sert d'un tube de caoutchouc pour ne point traumatiser les parties molles du fœtus. D'autres se servent d'écheveaux de laine.

La technique opératoire a été faite par M. Maygrier.

Il recommande d'introduire l'extrémité du lacs directement entre les cuisses du fœtus, de le pousser jusque dans le pli inguinal pour aller saisir à l'autre extrémité le bout opposé, en glissant les doigts entre la hanche et le bassin. En pratique, c'est assurément plus difficile.

Quant aux indications des lacs, elles semblent limitées, nous dit Olivier, aux sacro-iliaques antérieures, car une application faite dans une sacro-iliaque postérieure, agissant principalement sur la partie supérieure de la cuisse du fœtus, amènera la fracture du fémur si la force déployée est un peu grande.

Mais les accoucheurs repoussent l'emploi de ce moyen, comme l'indique l'observation suivante, publiée par Bar et Tissier (obs. III).

OBSERVATION III (MM. Bar et Tissier).

(Présentation à la Société Obstétricale de Paris,
au mois de février 1895.)

Enfant âgé de deux ans qui naquit présentant le siège et chez qui on fit une application de lacs. L'extraction de l'enfant fut pénible, et on constata à la naissance une section de la peau qui guérit sans complications. Aujourd'hui, l'enfant boîte et on peut assurer que la boîterie est due à un raccourcissement du fémur portant spécialement sur son extrémité supérieure.

Les auteurs présentent, en outre, un moulage montrant

combien peuvent être étendues et profondes les lésions produites par les lacs.

IV. FORCEPS. — Levret disait : « Le forceps peut servir très utilement pour tirer hors de la vulve le derrière de l'enfant lorsque, s'étant présenté le premier, il s'est logé dans la partie basse du bassin et qu'il menace le périnée de déchirement. »

Après lui, plusieurs accoucheurs ont continué à se servir de cet instrument qui, d'après eux, rendrait des services là où les lacs ne peuvent qu'être funestes.

C'est ainsi qu'ils en font une application courante dans les sacro-iliaques postérieures. Olivier qui a fait de longs travaux sur l'utilité des lacs et du forceps compare la masse formée par les cuisses relevées du fœtus à un cône tronqué dont le sommet est en haut et la base en bas, dans les sacro-iliaques postérieures. Les cuillers du forceps s'appliqueraient aisément sur le cône bifémoral, dans la direction du diamètre bitrochantérien. Mais l'inconvénient de cette prise est le dérapement facile. De là, la nécessité pour éviter ce dérapement, de serrer les branches du forceps, ce qui occasionne dans un grand nombre de cas, des lésions des tissus fœtaux incompatibles avec la vie. Le foie, la rate, le rein éclatent sous la pression des lacs ou forceps.

A chaque application, le cordon ombilical peut se trouver pris sous une cuiller et subir un écrasement pouvant amener la mort de l'enfant.

Si la prise est telle que le sacrum est en avant, les membres relevés en arrière, les cuillers peuvent être

placées de telle sorte que les becs sont en contact avec les fémurs qui protègent ainsi les organes abdominaux et donnent une prise relativement solide. Mais, malgré cela, le dérapement est fréquent, surtout si on se sert de cuillers à courbure de Tarnier. Dans le cas où le sacrum est en arrière, les becs de l'instrument peuvent difficilement être reportés suffisamment en avant pour prendre un point d'appui sur les fémurs et dans ce cas, le dérapement est la règle. Instinctivement, pour éviter ce dérapement, l'opérateur serre les manches, comprime le foie, la rate ou les reins, en amène la rupture ; de là, la mort de l'enfant. Le bassin lui-même, dont la fragilité est incontestable, serait, d'après certains auteurs, exposé à être fracturé.

I. TRACTION ANALES. — *a. Sur le fœtus* : Il nous reste à dire deux mots de la méthode bi-rectale ou manœuvre de Bitot.

On se place, dit Olivier, autant que possible, à la droite de la femme préalablement mise au travers du lit ; au moment d'une contraction, on introduit l'index et le médius de la main droite dans l'anus de la mère en même temps qu'on met la première phalange de l'index gauche dans l'anus de l'enfant.

(Bitot s'est servi alternativement de l'index et du pouce.) On refoule avec les doigts appliqués à plat la fesse postérieure en avant et en haut pendant qu'à l'aide de l'index gauche et du pouce on tire la fesse antérieure dans le même sens.

Nous n'indiquons ce procédé que pour mémoire, car il doit être rejeté à tout prix à cause des lésions

graves qui peuvent être produites, lésions s'accompagnant généralement de la mort qui n'est pas cependant absolument fatale.

Du reste, on n'aura, pour s'en convaincre, qu'à se reporter à l'observation et aux dessins ci-après, faits à la suite d'un cas où on avait eu la fâcheuse idée de tenter cette manœuvre.

On a bien construit un modèle spécial de cuillers destinées à s'adapter sur le siège, mais nous ne croyons pas que les accidents aient, de ce fait même, diminué sensiblement.

β. *Tractions sur le siège du fœtus à travers le siège maternel.* — On a pu conseiller une traction anale analogue à la manœuvre de Ritgen. Elle consiste à introduire dans le rectum maternel, à travers l'anus entr'ouvert, un ou mieux deux doigts de la main droite et, au moment d'une contraction, à appuyer à travers la cloison recto-vaginale sur la fesse postérieure du fœtus.

Il faut bien prendre garde, pendant ces manœuvres, à ne pas replier les doigts en crochet.

Dans certains cas, on a ajouté des tractions digitales sur l'aîne antérieure.

Notons que cette manœuvre, si parfois elle peut rendre des services, est bien imprudente et doit être rejetée complètement. Les tractions doivent être tellement fortes que, pratiquées à travers la paroi vaginale, elles amènent des lésions maternelles graves.



I



II



III



IV

OBSERVATION IV (Clinique obstétricale).

(Tractions anales. — Déchirure périnéale complète. — Suture.)

Marie J..., vingt et un ans, repasseuse.

Primipare. Entre à la clinique le 23 janvier 1909.

Cette malade, en présentation du siège, a été anesthésiée et on est intervenu pour l'abaissement du pied antérieur (voir observation XIX). Nous ne transcrivons ici que le passage relatif à l'enfant qui présentait une déchirure périnéale.

L'enfant est né en état d'asphyxie blanche. On pose une pince hémostatique sur le cordon et, après section de celui-ci, on place l'enfant dans un bain chaud. La respiration s'installe sans difficultés, régulière. On examine alors l'enfant, il est du sexe féminin, pèse 3.880 grammes et est assez vigoureux. Il présente, outre une tuméfaction du siège prédominant sur la fesse droite, des lésions périnéales étendues.

On le met sur la table d'opération et on ne tarde pas à constater un éclatement de toute la peau autour de l'anus, éclatement à peu près complètement circulaire, surtout marqué à droite. Dans son ensemble, la déchirure se présente sous l'aspect d'un éclatement en V de la région postérieure du périnée répondant à un V antérieur, les deux V étant opposés par le sommet.

En pratiquant le toucher vaginal avec le petit doigt on suit la paroi vaginale. On perçoit l'utérus, et, en arrière, séparé par 2 millimètres de tissu, on sent le sacrum. Le promontoire est nettement perçu, mais on ne peut avoir la notion précise de déchirure vaginale.

M. le Professeur Fabre reconstitue le périnée, l'anus et le vagin de la façon suivante : la muqueuse rectale est suturée directement à la peau par une couronne de huit points au catgut. Le périnée est reconstitué par trois points intersti-

tiels aux crins de Florence avec l'aiguille de Reverdin. Enfin, deux points séparés assurent la réfection de la vulve. Ils sont faits au crin de Florence également.

Pendant l'intervention il s'écoule, par l'anus, un liquide analogue à de l'urine.

Le lendemain l'enfant est très pâle ; le ventre est souple. Du méconium sort par l'orifice anal pendant l'examen. Le surlendemain, l'état général est bon. La pâleur est atténuée. La plaie se cicatrise sans complications.

Cette déchirure était le résultat des tractions maladroites exercées par la sage-femme qui avait introduit ses doigts, comme tracteur, dans le rectum et le vagin du fœtus.

B. — Procédés manuels.

Tous les procédés dont nous venons de parler et préconisés par plusieurs pour obtenir l'extraction du siège dans la présentation du siège, mode des fesses, sont des procédés instrumentaux, à l'exception toutefois du dernier cité, dit des tractions anales.

Nous les avons réunis en un même chapitre, de façon à bien montrer que l'on ne doit pas les employer si l'on tient à avoir le moins de déboires possible.

C'est pourquoi, à côté de ces procédés, avons-nous tenu à énumérer et à indiquer les avantages de certains autres, couramment employés aujourd'hui dans l'art de l'obstétrique et qui rendent chaque jour les plus grands services.

« Le plus beau et le plus utile de tous les instruments, dit Viardel, c'est celui que la nature nous a donné, c'est-à-dire la main . »

C'est, en effet, avec sa main et uniquement avec sa

main, que l'accoucheur devra aller chercher le pied du fœtus pour l'abaisser. Les procédés manuels sont, aujourd'hui, assez nombreux pour qu'on puisse, dans tous les cas, tirer des uns ou des autres un parti utile.

« La main nue m'a toujours suffi, nous dit Barnes ; comme j'ai eu affaire aux cas les plus difficiles qu'on rencontre, la main nue doit aussi triompher dans les cas moins malaisés. »

I. TRACTION A L'AIDE DE LA MAIN. — Les tractions appliquées sur le siège décomplété mode des fesses, dans le cas de dystocie et d'arrêt du travail, sont applicables à un grand nombre de cas ; elles donnent, bien exécutées, des résultats très utiles, et M. le professeur Fabre les considère comme le seul mode utile d'application de la force sur le siège.

Ce n'est pas là une méthode nouvelle, et les anciens accoucheurs s'en servaient journellement, tandis qu'ils n'auraient jamais songé à extraire un enfant par les pieds, quand le siège était au détroit inférieur.

Mauriceau observe que, si l'accoucheur est appelé si tard « que le cul de l'enfant soit extrêmement engagé au passage, ce serait témérité de vouloir repousser l'enfant pour le tirer par les pieds ».

Devenir veut qu'on élargisse le passage en reculant le coccyx.

Mauriceau n'est pas de son avis, et admet qu'on aidera beaucoup à la sortie de l'enfant en glissant un ou deux doigts de chaque main à côté des fesses pour les introduire vers les aines.

Voici du reste, une observation de Mauriceau :

« Le 25 juin 1687, j'ay accouché une femme de son premier enfant, qui était un garçon, qui venait le cul devant et, comme la mère, qui était jeune, avait d'assez bonnes douleurs, et que l'enfant était de médiocre grosseur, étant déjà fortement engagé dans le passage, je le laissay venir en cette posture pour éviter la violence qu'il eût fallu faire à l'un et à l'autre pour luy en donner une meilleure, jugeant bien qu'ils auraient tous deux plus souffert en l'opération qu'ils ne firent en laissant agir la nature jusqu'à ce qu'elle eût poussé les fesses de l'enfant en bas, ce qu'elle fit assez facilement, luy aidant en glissant un doigt de chacune de mes mains dans le pli des aines de l'enfant, après quoy, luy ayant entièrement dégagé les jambes, l'une après l'autre hors du passage, j'essayais de le tirer par les pieds, comme on doit le faire en pareille occasion lorsqu'on voit que la nature peut d'elle-même contribuer beaucoup à la facilité de l'opération par les bonnes conditions que j'ay marquées, qui sont la jeunesse et les bonnes douleurs de la mère et la médiocre grosseur de l'enfant. »

C'est comme on le voit, le procédé classique des tractions inguinales.

Un ou deux doigts sont recourbés en crochet et introduits dans le pli de l'aine antérieure. La grande précaution consistera ici à ne pas agir sur le fémur, mais sur la crête iliaque, car des pressions exercées sur l'extrémité fémorale pourraient, si les tractions étaient un peu fortes, amener une fracture de cet os.

On peut également agir sur les deux aines à la fois, comme le montre l'observation de Mauriceau.

Dans d'autres cas, on se trouvera bien d'agir sur chaque pli inguinal, alternativement.

C'est le conseil donné par Barnes.

« L'enfant, dit-il, peut être petit et le bassin large, de sorte qu'une légère traction amènera le coin au dehors, sans le diviser. Vous pouvez accrocher une aine et tirer, ou bien, ce que je préfère, tirer avec l'index sur chaque aine, alternativement. Vous réussirez quelquefois ainsi à mettre le siège en mouvement. »

Quand le siège est à la vulve, on a également songé à modifier l'axe du canal et de courbe le rendre droit, ou mieux de le rapprocher de la rectiligne en employant la manœuvre de Duchamp, qui consiste, après avoir fait mettre la femme dans la position obstétricale, à refouler, au moment de la contraction utérine, le périnée en arrière avec un ou deux doigts, placés à la partie postérieure de l'orifice vulvaire.

Nous ne faisons qu'indiquer ce procédé, qui, dans certains cas, pourra peut-être rendre des services.

Quant au procédé des tractions inguinales, il a été et est encore diversement apprécié par les auteurs.

A la clinique obstétricale, on a pu en retirer de bons résultats chez les multipares (obs. V et VI). Mais il est indispensable de l'appliquer avec ténacité toutes les fois que le siège est profondément engagé chez les primipares. Ces tractions sont très pénibles ; la force à développer est considérable. Elle est transmise au fœtus par un seul doigt, l'index, et appliquée par

l'intermédiaire du doigt recourbé, ce qui fatigue énormément les muscles fléchisseurs.

Voici l'opinion d'Olivier : « Nous avons dans toutes nos expériences essayé d'extraire le fœtus en exerçant des tractions avec l'index appliqué sur le pli de l'aine antérieure, mais nous n'avons pas eu de succès. On peut cependant essayer si l'enfant n'est pas gros ; la contraction utérine aidant, on pourra quelquefois amener le siège à la vulve. Mais il ne faut pas oublier qu'on ne doit tirer qu'avec une extrême prudence, parce qu'instinctivement on recourbe le doigt en crochet et si on tire fort, on s'expose à léser les tissus sur lesquels portera la pression. On peut quelquefois déterminer la production de plaques gangréneuses ou d'un phlegmon diffus, comme Chantreuil en a cité des cas. »

Ces accidents peuvent être évités grâce à l'antisepsie et si on prend la précaution de charger complètement la cuisse avec l'index recourbé.

Enfin, sans nous attarder à discuter plus longuement la théorie d'Olivier, nous ferons simplement remarquer que l'indication posée par l'auteur de n'essayer les tractions que si l'enfant semble peu volumineux nous semble bien peu concorder avec les faits.

A la clinique obstétricale, on a pu amener à l'aide des tractions inguinales, des enfants de volume assez considérable.

Nos observations en mentionnent un de 3.370 grammes et un autre de 3.310 grammes (obs. V et VI).

OBSERVATION V (Clinique obstétricale.)

(Multipare. — Tractions inguinales dans un bassin aplati ;
enfant vivant : 3.370 grammes.)

Marie R..., trente-six ans, multipare.

La parturiente a eu auparavant un enfant mort pendant le travail.

Elle se présente à la clinique le 7 septembre 1908 à 11 heures du matin.

Son bassin est aplati et le diamètre promonto-sous-pubien mesure 11 centimètres.

Présentation en S. I. G. T. mode décomplété des fesses. On fait l'anesthésie au chloroforme et l'on pratique la manœuvre des tractions inguinales sur les deux aines simultanément. Le siège est amené hors de la vulve et les membres inférieurs sont dégagés.

On abaisse difficilement les bras et on combine les manœuvres de Champetier de Ribes et de Mauriceau pour extraire la tête dernière. Déchirure périnéale assez étendue, suturée de suite.

L'enfant est gros, il pèse 3.370 grammes.

L'intervention a duré quinze minutes.

OBSERVATION VI (Clinique obstétricale.)

(Multipare. — Intervention le 3 décembre 1909 : tractions inguinales.
Enfant vivant.)

Eugénie J..., vingt-cinq ans, ménagère. Multipare.

Entre à la clinique le 3 décembre 1909. Le même jour, à 7 heures du matin, la parturiente sent les premières douleurs et la poche des eaux est rompue à 9 h. 15.

A 9 h. 35, on pratique l'examen de la femme.

L'auscultation permet d'entendre les bruits du cœur au niveau de l'ombilic. Ils sont normaux.

Au toucher, on constate que le segment inférieur est très mince, le col complètement dilaté.

Le coccyx est à gauche. Diagnostic S. I. G. T.

Le siège se trouvant profondément engagé, on pratique des tractions inguinales avec le doigt placé en crochet dans le pli de l'aîne. On abaisse ainsi facilement la hanche antérieure en tirant bien en arrière.

Il se produit alors une brusque expulsion de méconium.

Après un lavage sommaire, on va à la recherche de la hanche postérieure qui est saisie. On relève la traction et l'anus sort, dirigé en haut.

Les fesses opèrent leur mouvement de restitution de gauche à droite.

Dégagement des bras par la manœuvre de Deventer; Mauriceau, pour le dégagement de la tête.

Enfant vivant : 3.310.

La manœuvre a duré vingt-cinq minutes.

Ces deux observations correspondent à des tractions inguinales avec des enfants de poids normal. Les manœuvres ont duré, l'une quinze, l'autre vingt-cinq minutes, mais il faut savoir que chez les primipares les tractions peuvent être très prolongées, aboutir à une sorte d'épuisement de l'accoucheur qui conserve plusieurs jours les muscles des avant-bras douloureux, ce qu'on observe surtout dans le cas de primipares âgées ou à résistance exceptionnelle des parties molles.

Le complément de la descente exige des tractions dirigées très arrière pour abaisser le pli de l'aîne antérieure, et ce n'est que relativement tard, alors que l'abaissement de la hanche antérieure est complet, que la direction des tractions est reportée en avant, puis directement en haut, l'anus dirigé vers le ciel, ce

mouvement étant rendu nécessaire pour permettre au pied d'évoluer dans la concavité sacrée.

II. TRACTIONS BIDIGITALES. — M. Puech, de Montpellier, a, il y a dix ans, préconisé une méthode dite des tractions bidigitales, un peu différente de celle des tractions inguinales et dont voici la technique. Le but de M. Puech est le même que celui de M. Pinard. Il nous le dit lui-même : « Transformer la présentation du siège décomplété, mode des fesses, en présentation du siège partiellement décomplété, mode des pieds, de manière à avoir un tracteur solide et commode qui permette d'effectuer l'extraction du fœtus immédiatement ou à plus longue échéance, suivant les indications. »

Voici la technique de M. Puech, décrite par Vaille (thèse de Montpellier, 1898) : « Soit une sacro-iliaque gauche antérieure. L'index de la main droite, dont la paume regarde le dos du fœtus, est introduit sur le côté, au contact de la fesse antérieure, puis, d'arrière en avant, relativement au fœtus. Il est conduit entre le pubis et la fesse antérieure, jusqu'au niveau du pli inguinal. Là, il est enfoncé aussi profondément que possible, de telle sorte que son extrémité dépasse un peu le pli de l'aîne. Tandis que le doigt qui vient d'opérer reste dans cette position, l'index de l'autre main est glissé derrière la fesse antérieure, dans le sillon intercrural où on le pousse encore profondément jusqu'à ce que son extrémité atteigne à son tour et dépasse même un peu le pli de l'aîne. Recourbant alors légèrement les deux extrémités des doigts à la

rencontre l'un de l'autre, on les accole énergiquement par-dessus le pli de l'aine. Ainsi se trouve constituée une anse digitale embrassant solidement la racine de la cuisse et permettant des tractions suffisantes. »

Voici, d'après M. Puech lui-même, quels seraient les avantages de ce procédé :

1° La méthode de Pinard, dit-il, est bonne quand il n'y a pas d'engagement dans l'excavation, mais quand on vient chercher le médecin, il y a presque toujours un commencement d'engagement et l'abaissement curatif est impossible.

Nous avons déjà dit que l'abaissement du pied est possible, alors même que le siège est engagé.

2° D'autre part, dit l'auteur, la nécessité d'attendre, pour pratiquer l'abaissement du pied, même à titre prophylactique, que la dilatation soit complète, diminue le nombre des cas où cette méthode peut être appliquée au détroit supérieur. On est donc amené à chercher un procédé pour extraire le siège dans l'excavation. Et M. Puech raconte un insuccès de la méthode de Pinard dans un cas d'un enfant de plus de 4 kilogrammes, dont le siège occupait l'excavation, et auquel on avait donné de l'ergot.

3° Enfin, M. Puech, qui compare la manœuvre des tractions bidigitales à celle des lacs, prétend qu'elle a un grand avantage sur cette dernière, c'est celui de permettre de se rendre compte de la force développée dans les tractions.

Nous ne voulons pas juger ici d'un procédé que nous n'avons jamais vu appliquer, mais il nous semble que c'est là, néanmoins, une manœuvre de force et que, si

l'opérateur a confiance en ses doigts comme au dynamomètre, il s'expose, dans un très grand nombre de cas, à faire courir au fœtus les mêmes risques, peut-être un peu atténués, que les lacs, que nous condamnions avec la plupart des auteurs au début de ce travail.

En résumé, les tractions inguinales digitales avec un ou deux index sur la hanche antérieure ou bien avec un index dans la hanche antérieure et l'autre dans la hanche postérieure, en prenant soin d'appliquer la force non sur le fémur, mais bien sur le bassin foetal, sont des manœuvres prolongées fatigantes. Chez les primipares à tissus résistants, l'extraction peut durer plus d'une heure. Les tractions doivent être dirigées suivant l'axe du détroit supérieur tant que la descente n'est pas complète, reportées en avant et tirées en haut pour permettre le dégagement du siège. Pour obtenir un résultat favorable, il faut avoir confiance en elles, être persuadé de leur excellence et de leur supériorité sur tous les autres modes d'extraction.

Devant ces difficultés, on a dû chercher un autre procédé : c'est celui que nous allons étudier maintenant en parlant de l'abaissement du pied antérieur.

CHAPITRE III

ABAISSMENT DU PIED ANTÉRIEUR

(ABAISSMENT PROPHYLACTIQUE ET ABAISSEMENT CURATIF)

C'est parce qu'ils redoutaient l'accouchement par les fesses que les anciens accoucheurs allaient chercher les pieds pour les abaisser.

Si le chirurgien, dit Guillemeau, n'a pu amener la tête au couronnement, l'enfant se présentant par les fesses et qu'il « cognoisse plus facilement, luy amener et conduire les pieds à l'orifice de la matrice, le meilleur et le plus seur est d'y procéder en cette sorte et de le tirer par les pieds. Et, à la vérité, quand l'enfant se présente les fesses et le siège les premiers, ayant la tête en haut, plus tôt et facilement les pieds sont rencontrés et ramenez au col de la matrice, pour le tirer par iceux ».

De nos jours, les accoucheurs se sont également rendu compte qu'il y avait intérêt à abaisser le pied pour terminer convenablement l'accouchement par les fesses. On a, de cette façon, un tracteur à la portée de la main pour tirer sur le fœtus en cas de besoin.

Pour la clarté du sujet, nous diviserons ce chapitre en trois grandes parties, d'après la hauteur du fœtus

dans le bassin et la progression de la dilatation, et nous étudierons les procédés de l'abaissement du pied.

1° *Le fœtus est élevé et la dilatation est incomplète ;*

2° *Le fœtus est moyennement élevé et la dilatation est plus avancée ;*

3° *Le fœtus est engagé et la dilatation est complète.*

I. — Abaissement du pied avant la dilatation complète.

Ici, les avis sont bien partagés.

Certains, partisans de l'expectative, préfèrent ne pas se hâter ; d'autres, au contraire, ont cherché à favoriser l'expulsion naturelle.

C'est comme application à leur théorie que ces derniers ont proposé l'abaissement prophylactique du pied, que nous allons exposer rapidement.

ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE

En dehors de toute cause pouvant arrêter la descente de la présentation et son passage à travers le détroit périnéo-vulvaire, certains auteurs ont proposé d'abaisser le pied et de laisser ensuite l'accouchement se terminer par les seules forces naturelles.

Cette idée de l'abaissement prophylactique n'est pas nouvelle et les anciens accoucheurs y eurent souvent recours, mais elle ne tarda pas à tomber dans l'oubli, et c'est Ahlfeld, en 1872, qui eut le mérite de la réha-

biliter. Le point original de sa théorie consiste justement dans l'idée d'accomplir le premier temps de déflexion du membre inférieur et l'abandon des autres temps de l'accouchement à la nature, contrairement à ce que faisaient les anciens qui opéraient manuellement jusqu'à la sortie de l'enfant.

Qu'est-ce donc que l'abaissement prophylactique ? A bien considérer les choses de près, ce n'est que la transformation d'un siège décomplété, mode des fesses, en un siège partiellement décomplété, mode d'un pied, et l'abandon de cette présentation à elle-même.

L'idée directrice de cette intervention est celle-ci :

Il n'y a point de signe de souffrance ni du fœtus ni de la mère ; le siège est élevé ; la dilatation est à peu près à 3 centimètres ; la malade est primipare et on peut prévoir que le travail sera long et que l'abaissement du pied sera d'autant plus difficile que le siège sera plus engagé. Aussi abaisse-t-on le pied, de manière qu'en cas de souffrance du fœtus la jambe antérieure permette des tractions faciles.

C'est donc un traitement prophylactique : l'extraction du fœtus est différée.

Mais cette manœuvre n'a-t-elle pas des inconvénients ?

Nous rappelons que sous le nom de dilatation complète, on entend un état du col tel que ce col est assez largement ouvert pour que ses parois se confondent avec celles du vagin, de façon à ce que le canal cervical l'utérus, l'orifice du col et le vagin ne forment plus qu'un seul et même canal largement ouvert ; sous le nom de dilatabilité, un état dans lequel le col est assez

souple pour pouvoir être amené artificiellement et sans effort au contact des parois pelviennes, en un mot à l'état de dilatation.

La dilatabilité est reconnaissable à ce que l'orifice se laisse facilement distendre, ainsi qu'un ruban de caoutchouc, suivant l'expression de Tarnier, et cela jusqu'à dilatation complète.

Or, l'abaissement prophylactique dont nous parlons actuellement est celui qui est tenté avant la dilatation complète du col.

Voyons ce qu'en pensent les divers accoucheurs :

Olivier a blâmé l'abaissement prophylactique et a été un des premiers à vouloir l'extraction immédiate.

Ribemond-Dessaigues, dans son *Précis*, écrit les lignes suivantes : « L'abaissement prophylactique est
« destiné à prévenir les difficultés que l'on rencontre
« parfois pour extraire le siège, mode des fesses, qui
« fournit une prise défectueuse au forceps, fragile aux
« lacs, et si souvent inaccessible aux doigts pour les
« tractions inguinales. Grâce à la déflexion d'un mem-
« bre inférieur, on pourra tirer avec force et sans
« dangers, si l'indication s'en présente.

« En ayant recours au manuel opératoire préconisé
« par le professeur Pinard, on peut abaisser un pied,
« quelque soit l'engagement du siège.

« Jamais on n'interviendra pendant la période de
« dilatation ; le temps d'élection est le moment qui
« suit la rupture des membranes à la dilatation com-
« plète. On abaissera de préférence le pied antérieur. »

On voit d'après ces quelques lignes que la principale précaution à prendre, si l'on veut tenter un sem-

blable abaissement, est d'attendre que la dilatation soit complète.

Quelle responsabilité et quels ennuis pour un accoucheur qui se verrait dans l'impossibilité d'extraire le fœtus par suite d'une dilatation insuffisante !

Mais, supposons même que l'utérus ne se rétracte pas et permette une extraction relativement aisée, il faudra encore s'attendre, avec un abaissement pratiqué dans des circonstances aussi fâcheuses, à la procidence du cordon (obs. VI), et à la production du réflexe respiratoire et de la respiration prématurée.

Notons encore que l'abaissement prophylactique, fait avant dilatation complète, a comme conséquences de troubler les contractions utérines, d'amener leur affaiblissement et même leur disparition.

Du reste, il faut bien remarquer que les plus zélés admirateurs de la méthode ne sont pas partisans de l'employer dans tous les cas. Ahlfeld lui-même en réserve l'application aux primipares à terme quand on a reconnu que les enfants sont volumineux.

Spiegeberg vante aussi les avantages de l'abaissement préventif avant l'engagement des fesses, mais il conseille de ne pas attendre et d'agir tant que les pieds peuvent être facilement atteints.

Mangiagalli demande qu'on généralise l'emploi de la méthode à tous les cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses, du moins chez les primipares.

Parmi les différentes observations recueillies à la clinique obstétricale de la Charité de Lyon pendant ces cinq dernières années, nous n'en avons trouvé que deux relatives à l'abaissement prophylactique, et encore

l'intervention n'a été pratiquée qu'après la dilatation ou la dilatabilité du col utérin.

Dans un premier cas, le pied ne put être atteint à l'aide de trois doigts.

L'introduction entière de la main fut nécessaire. Il s'agissait là d'une sorte de version podalique.

Dans le second cas (col dilatable) le pied put être abaissé, mais il fallut aider par des tractions au dégagement du siège.

Que conclure de tout cela ?

C'est qu'il est bien imprudent de vouloir tenter une intervention quand la dilatation n'est pas complète.

Quand on opère dans un but prophylactique, c'est en général pour prévenir les difficultés de la période d'expulsion, alors qu'aucune indication immédiate, soit maternelle, soit fœtale, ne se présente et à un moment où on ne peut prévoir si l'expulsion spontanée ne se produira pas.

Mais nous venons de voir qu'au lieu de prévenir les difficultés on allait souvent à leur rencontre, et il semble prudent, en conséquence, de ne pas trop généraliser l'emploi d'un procédé qui n'offre qu'une sécurité relative.

L'observation VII, ci-après, est un bel exemple des accidents qui peuvent suivre l'abaissement prophylactique et qui fait que, très souvent, on peut être amené par la souffrance de l'enfant à tenter une extraction immédiate alors que la dilatation n'est pas complète.

OBSERVATION VII (M^{lle} Roze).

(Abaissement prophylactique avant dilatation complète. —
Enfant mort.)

Primipare, vingt-huit ans, admise pendant sa grossesse.

Rupture prématurée des membranes ; liquide amniotique normal.

Siège engagé en S. I. D. T., a la dilatation comme une petite paume de main.

A ce moment, et sans attendre que la dilatation soit complète, on procède à l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Mais le pied ne tarde pas à entraîner avec lui une anse de cordon qu'il est impossible de rétropulser, et, comme l'orifice utérin n'est pas complètement dilaté, on doit renoncer à extraire le fœtus immédiatement.

Celui-ci est expulsé mort, deux heures plus tard.

Durée totale du travail : 14 h. 35.

Suites de couches physiologiques.

II. — **Abaissement du pied quand la dilatation est plus avancée et le siège moyennement engagé.**

Nous distinguerons ici deux cas :

I. LA DILATATION EST INCOMPLÈTE. — Nous ne dirons rien de spécial dans cette circonstance, ce que nous avons dit dans le chapitre précédent pouvant être répété ici. On comprend, en effet, qu'aucun abaissement du pied ne peut être tenté si le col n'est pas assez souple et dilaté pour permettre l'extraction, si cela est nécessaire, après l'abaissement.

II. LE COL SANS ÊTRE COMPLÈTEMENT DILATÉ, EST DILATABLE. — Deux interventions sont ici possibles.

A. ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE. — La question qui se pose est la suivante :

Le travail survenant avec une présentation du siège, mode des fesses, que l'on n'a pas vu ou que l'on n'a pas essayé de réduire en sommet, que faut-il faire ?

Beaucoup d'accoucheurs, à l'exemple de Barnes et de Potocki, conseillent, quand la dilatation est suffisante, même s'il n'y a rien d'anormal, de rompre la poche des eaux et d'aller à la recherche du pied antérieur. Ce pied est abaissé dans le vagin où il est abandonné pour servir à terminer rapidement l'accouchement, si une indication se présente. Cette méthode de l'abaissement prophylactique, qui a été préconisée d'une façon générale par Barnes, Mantel, etc., chaque fois que la dilatation est complète, et qui est basée sur la crainte hypothétique, non certaine pour le cas présent, qu'à un moment donné le fœtus ou la mère vont souffrir, pèche au moins par exagération.

Bloc, dans sa thèse, nous indique le chiffre de 168 terminaisons spontanées et heureuses sur 175 accouchements par le mode des fesses.

N'est-ce pas là une belle proportion de nature à nous encourager à ne rien faire quand il n'y a pas d'indications spéciales ?

L'abaissement prophylactique du pied expose à la compression du cordon et met le médecin dans l'obligation de terminer brusquement l'accouchement et de faire ainsi passer le fœtus, à ses risques et périls, sur-

tout si la femme est une primipare, par un chemin mal préparé.

Enfin, une telle méthode a le grave inconvénient de déterminer des réflexes cutanés respiratoires qui se traduisent par des inspirations prématurées qui ne peuvent être que préjudiciables pour le fœtus.

Nous allons oublier de mentionner un dernier désavantage de la manœuvre prophylactique : c'est de troubler les contractions utérines, d'amener leur affaiblissement et même leur disparition.

Donc, en résumé, quand le travail marche régulièrement, l'abaissement prophylactique du pied, même quand la dilatation est complète ou suffisante, nous paraît devoir être déconseillé. Il y aura tout avantage à laisser les choses aller naturellement et à n'intervenir que dans le cas de souffrance du fœtus ou d'épuisement de la mère.

Du reste, comme le dit fort bien Olivier, pourquoi ne pas faire l'extraction immédiate ?

Se contente-t-on, quand on a fait la version podalique, au moment d'élection, dans un cas de présentation de l'épaule, d'exécuter les deux premiers temps, laissant à la nature le soin de terminer l'accouchement ? Non, on extrait toujours. Les deux cas sont pour nous identiques ; la conduite doit être la même et l'on fera alors :

ABAISSEMENT CURATIF que nous allons maintenant exposer, en rappelant que la technique de l'abaissement prophylactique est exactement la même.

Soins préliminaires. — La parturiente sera placée, de préférence, sur un meuble élevé tel qu'une table

résistante ou une commode et mise dans la position obstétricale, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci écartées du tronc par deux aides placés de chaque côté.

Auparavant, on aura fait une désinfection soigneuse des parties génitales et on aura fait un lavage savonneux des régions abdominale, vulvaire et périnéale.

Le rectum et la vessie auront été préalablement vidés.

De plus, comme toute intervention de ce genre peut être longue et périlleuse, il faudra songer que l'enfant peut naître en état de mort apparente et, par conséquent, prendre toutes les précautions nécessaires pour le ranimer, le cas échéant.

On préparera un bain chaud à 40 degrés, et on aura près de soi de l'alcool pour faire des frictions, et un insufflateur dans le cas où la respiration ne s'établirait pas.

Ces précautions étant prises, l'accoucheur procèdera à une toilette aseptique des mains et des avant-bras.

Manuel opératoire. — Dans l'étude que nous avons faite de l'abaissement prophylactique, nous avons dit que c'était Ahlfeld, en 1872, qui avait préconisé cette méthode.

C'est à M. le professeur Pinard que revient le mérite d'avoir répandu l'idée de l'abaissement curatif. Mantel, en 1889, décrit, dans sa thèse, la manœuvre qu'il avait vu employer par son maître.

Dans un premier temps, la main, ramassée en cône, pénètre lentement dans l'utérus en profitant du relâchement de cet organe et pendant l'intervalle des contractions. Puis, elle s'ouvre toute entière et, prenant

appui par sa face dorsale sur les parois du bassin et par sa face palmaire sur le siège, elle repousse ce dernier en masse dans la fosse iliaque correspondante où elle assied pour ainsi dire le fœtus.

Dans un second temps, l'opérateur glisse la main sur la cuisse antérieure en la déprimant et en la fléchissant sur le bassin jusqu'à atteindre le creux poplité.

Dans un troisième temps, par suite du mouvement de flexion, la jambe du fœtus accomplit une chute spontanée et le pied tombe sur la main de l'accoucheur.

Le quatrième temps consiste dans la préhension et l'abaissement du pied. La main de l'accoucheur, comprise dans le sinus de l'angle formé par la jambe et la cuisse fœtale est retirée en bas et retournée un peu pour saisir le pied qui est amené à la vulve.

Après avoir atteint le creux poplité et fléchi la cuisse à l'aide des quatre doigts de la main introduite, on laisse les trois derniers appuyés dans le creux poplité et, maintenant la flexion qui amène la partie postérieure de la jambe sur la face dorsale de la main, avec l'index, on exécute alors une sorte de mouvement en crochet. Ce mouvement fait passer ce doigt au-dessus du genou dont il achève la flexion, glisser ce même index comme un demi-anneau sur la face antérieure de la jambe et accrocher le cou-de-pied qu'on achève de saisir avec la main toute entière et qu'on abaisse ensuite à la vulve.

Telle est, dans ses grandes lignes, la technique de l'abaissement du pied telle que l'indique Mantel. Déjà avant lui, de nombreux accoucheurs le mettaient en pratique et nous ne pouvons mieux faire que de mon-

trer le manuel opératoire de M^{me} Lachapelle qui avait entrevu une méthode analogue lorsqu'elle se trouvait en présence d'un siège décomplété.

« Dans ce cas, dit-elle, on introduira la main dont la paume s'appliquera le plus aisément sur les pieds ; on poussera de côté les fesses de manière à rapprocher les pieds du centre du détroit supérieur, on saisira autant que possible les deux jambes à la fois et on les amènera brusquement dans l'excavation, si l'utérus contient encore de l'eau ou s'il est peu contracté, l'enfant petit et les passages bien ouverts. Si la disposition contraire a lieu, on tâchera de saisir chaque jambe l'une après l'autre, on poussera le pied du côté interne, et, fléchissant le genou au moyen du pouce appliqué sur le creux poplité, tandis que les autres doigts appuient sur la jambe, on fera glisser cette partie de haut en bas et de dehors en dedans au-devant de l'abdomen, puis on l'amènera dans le vagin. »

En présence de cet exposé théorique, il est intéressant de comparer et de voir les diverses modifications apportées à l'abaissement du pied depuis M^{me} Lachapelle jusqu'à Pinard.

Comme on peut le constater à la lecture du paragraphe ci-dessus, M^{me} Lachapelle s'était très bien rendu compte des facilités apportées à l'accouchement par la présence d'une force agissant sur les fléchisseurs de la jambe ; mais cette force n'était alors produite que par le pouce, alors que les autres doigts appuyaient sur la jambe.

C'était là, semble-t-il, un désavantage considérable, car, d'une part, un seul doigt ne pouvait fournir une

impulsion suffisante à la flexion de la jambe et, d'autre part, les autres doigts, en venant se placer au-devant de ce membre, ne pouvaient qu'apporter de la gêne à son évolution, vu la place plus ou moins considérable qu'ils occupaient dans l'excavation.

Ahlfeld, le premier, se rendit compte qu'il était bien plus commode de mettre la main à plat sur le creux poplité. De cette façon, elle occupe bien moins de place et l'effort produit par les quatre doigts réunis suffit, dans la majorité des cas, à obtenir l'abaissement du pied que l'on désire.

Mais le grand mérite de la théorie de M. Pinard est de bien montrer :

1° *Le moment où l'on doit intervenir ;*

2° *L'exécution spéciale de la manœuvre.*

1° Nous avons déjà vu, et nous n'y reviendrons pas ici, quels étaient les inconvénients de l'abaissement prophylactique, inconvénients venant simplement de ce que l'on tentait l'abaissement du pied avant la dilatation complète.

M. Pinard, et son élève Mantel, s'opposent formellement à ce que l'on aille à la recherche du pied dans une semblable circonstance. Toutes les fois que le col ne sera pas dilaté ou dilatable, on devra s'abstenir de toute intervention.

2° Pour ce qui a rapport à l'exécution même de la manœuvre, M. Pinard veut que l'on introduise la main tout entière dans l'utérus. Il n'est plus question ici de deux ou trois doigts s'insinuant à travers les lèvres du col, ce qui, du reste, était forcé, puisque la main n'eut pas trouvé le moyen de s'insinuer dans l'utérus, la dila-

tation étant incomplète. Avec l'abaissement curatif, cet ennui n'existe pas et la main a toute facilité pour explorer le cordon et, dans le cas où il viendrait à être procident, à le refouler en haut.

Enfin il est un dernier point qui, comme on peut le voir dans l'exposé théorique de M^{me} Lachapelle, a été longtemps discuté et sur lequel on est bien d'accord aujourd'hui, c'est le choix de la main.

Discussion sur le choix de la main. — Smellie dit : « Si les jambes sont du côté gauche de la femme, il faut introduire la main droite dans la matrice. Si elles sont du côté droit, il faut introduire la main gauche, mais si elles sont vers le dos ou le ventre de la mère, on peut indifféremment se servir de l'une ou de l'autre main. »

Mais ce choix de la main ne semble guère avoir préoccupé les Anciens. Antoine Petit introduit toujours la main droite et, à notre connaissance, il n'est pas d'accoucheur qui, avant Baudelocque, lui ait préféré la gauche.

M^{me} Lachapelle nous fait savoir que cette précaution, souvent fort utile, n'est pas aussi nécessaire que Baudelocque l'affirme, car, dans un très grand nombre de cas, l'obscurité du diagnostic ne permet pas de faire un choix. Ira-t-on alors employer la main gauche généralement moins adroite dans l'espoir d'avoir affaire plus probablement à la première position ?

La célèbre sage-femme du xix^e siècle nous répond que le choix n'est point nécessaire quand l'utérus est rempli d'eau et que la position est douteuse.

« En pareil cas, ajoute-t-elle, je conseillerais même

plutôt de faire usage de la main droite, quoique, pour mon compte, l'habitude m'ait rendu l'usage de l'une aussi familier que celui de l'autre. »

Elle ajoute cette règle plus précise :

« Lorsqu'on peut et qu'on veut et plus encore lorsqu'on doit choisir (l'utérus étant vide d'eau), il est de règle de porter la main qui, dans un état moyen entre la supination et la pronation, a la paume tournée vers la face antérieure du fœtus. »

La règle suivante complètera la précédente et c'est celle qu'on admet généralement aujourd'hui :

« On introduit la main ventrale, c'est-à-dire celle qui regarde par sa paume la face ventrale du fœtus et qui porte le même nom que le côté de la position et le même nom que le pied que l'on va saisir. »

Quel pied faut-il donc saisir ?

Discussion sur le choix du pied. — Les plus anciens auteurs ne se seraient pas permis de tirer sur un seul pied.

Moschion veut qu'on repousse le tronc du fœtus, si c'est nécessaire, et qu'on aille chercher l'autre pied.

Rhodion recommande, dans le même cas, de faire coucher la femme basse, de la secouer dans cette position pour faire rentrer le pied sorti et déterminer la tête à descendre, et, enfin, en cas de non-réussite, d'aller saisir l'autre pied ! Il recommande même de bien disposer parallèlement les jambes l'une à l'autre avant de tenter l'extraction.

Guillemeau insiste sur ce précepte, « car, dit-il, de penser tirer un enfant par un seul pied, serait l'escarter et le faire mourir et la mère aussi ».

Mauriceau, Peu, Dionis, Burton ont les mêmes scrupules.

Peu rapporte avoir vu arracher une jambe pour s'être opiniâtré à tirer sur elle. Il se vit forcé d'appliquer une ligature au-dessus du genou et d'enfoncer un crochet aigu dans les parties molles ainsi soutenues.

Burton recommande d'aller chercher le deuxième pied le plus tôt possible ; il remarque que plus le premier est descendu, plus le second s'est relevé vers l'abdomen du fœtus et, pour rendre plus facile la route à suivre vers ce pied ainsi relevé, il relève aussi l'autre, en repoussant la cuisse.

Portal est, croyons-nous, le premier qui ait exprimé l'idée de tirer sur un seul pied et qui, de plus, ait montré l'inutilité et l'inefficacité de la recherche du second.

Deleurye et Puzos ont suivi cette méthode. Giffard a fait une statistique portant sur 105 accouchements des fesses ; 47 enfants ont été extraits par un seul pied.

Asdrubali tire sur un pied, mais indifféremment sur l'un ou sur l'autre. Il n'a tiré qu'une seule fois, sur 72 accouchements, sur les deux pieds, et c'était un rétrécissement du bassin.

Quant à M^{me} Lachapelle, nous avons déjà vu qu'elle était d'avis de saisir autant que possible les deux jambes à la fois ou tout au moins de saisir une jambe l'une après l'autre.

Aujourd'hui, on ne discute pas plus sur le choix du pied que sur celui de la main et, comme conclusion, nous retiendrons la règle suivante, très nette et très précise.

« Pied de même nom que le côté de la position qu'il s'agisse d'une position antérieure ou d'une position postérieure : pied gauche dans les gauches, pied droit dans les droites. »

C'est ce qu'on appelle le pied antérieur, parce qu'il correspond à la hanche antérieure.

Mais quelle utilité y a-t-il à saisir celui-ci ?

C'est là une notion de la plus grande importance que n'ont pas envisagée les Anciens et de laquelle découle toute la sécurité du dégagement.

Supposons en effet que, par erreur, on soit arrivé sur le pied postérieur. C'est celui qui est en contact avec partie postérieure du bassin de la mère.

Quelle est alors la position du fœtus ?

Celui-ci regarde, par sa face ventrale, le ventre de sa mère ; par sa face dorsale, le dos de celle-ci.

Or, si nous venons à opérer des tractions directes sur le membre postérieur ainsi déployé, qu'arrivera-t-il ?

C'est qu'il sera impossible d'opérer la rotation de la présentation, rotation cependant indispensable pour le dégagement. La hanche postérieure, étant fixée du côté du sacrum maternel, s'accrochera à la symphyse ; les tractions seront inefficaces, et si la descente se fait, le fœtus amené directement en bas va offrir sa face ventrale et le menton ne va pas tarder à s'accrocher au pubis, d'où arrêt de la tête et dégagement ventre sur ventre défavorable.

La transformation du pied postérieur en antérieur est possible et se fait spontanément.

Direction des tractions. — Quand le pied est à la

vulve, il convient d'exercer, sur la jambe étendue, des tractions dirigées dans l'axe du détroit supérieur.

Il faut tirer simplement, sans brusquerie, tout en ne s'opposant pas au mouvement de rotation qui tend à se produire naturellement. Pour cela, il faut tenir le membre sans le presser, de sorte qu'il suive dans la main le mouvement de rotation du tronc.

Il faut, de plus, diriger les tractions dans l'axe du détroit supérieur et ne pas tirer trop tôt en avant dans l'axe du détroit inférieur.

Quand le siège est arrivé à la vulve, la traction doit être dirigée un peu en avant pour permettre à la hanche postérieure de se dégager.

III. — **Abaissement du pied quand la dilatation est complète.**

Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

I. — Le siège est engagé jusqu'à la partie moyenne de l'excavation.

II. — Le siège est au détroit inférieur.

I. LE SIÈGE EST ENGAGÉ JUSQU'À LA PARTIE MOYENNE DE L'EXCAVATION. — La question est la suivante :

Le fœtus, dont le siège est déjà dans l'excavation, va-t-il pouvoir évoluer dans le bassin, au point de laisser descendre le pied au contact de la main qui opère ?

Ici, nous pouvons le dire tout de suite, les avis sont très partagés, mais la plupart des auteurs admettent

encore aujourd'hui qu'il est difficile, souvent même impossible, de produire, dans un pareil cas, l'abaissement du pied antérieur.

Les raisons qu'ils donnent de cette impossibilité reposent sur ce fait que les dimensions fémorales sont trop longues pour pouvoir osciller dans l'excavation pelvienne.

Voici, du reste, l'opinion de Smellie à ce sujet :

« Si le siège est assez engagé dans le bassin, on ne doit pas, même si la main peut parvenir jusqu'au siège, essayer d'abaisser un pied, puisque le fémur est trop long, pour que l'on puisse, sans le fracturer, lui faire traverser le bassin dans le sens de sa longueur. »

Ces craintes sont bien exagérées et, du reste, Smellie n'apporte aucune preuve à ses arguments.

Du reste, son opinion n'est pas celle de Potocki dont nous allons exposer rapidement la théorie.

Quand le siège est engagé jusqu'à la partie moyenne de l'excavation, nous dit cet auteur, la circonférence bitrochantérienne est descendue jusqu'au niveau d'un plan qui passe par le milieu de la symphyse pubienne et rencontre, en arrière, la troisième vertèbre sacrée.

La hanche antérieure, par le fait même que le siège n'est plus mobilisable, reste dans l'excavation et la bascule du fémur devra se faire dans le petit bassin.

Le fémur peut-il donc basculer ? Telle est la question que Potocki résout par l'affirmative.

Pour justifier son opinion, il invoque trois sortes de preuves.

1° *Preuves cliniques.* — Dans un grand nombre de cas, où le siège était profondément engagé, l'auteur

a pu abaisser convenablement le pied antérieur, sans accidents.

2° *Preuves expérimentales.* — Potocki a fait ses expériences sur mannequin ou dans le bassin de bronze. Il a eu l'occasion de les renouveler à deux reprises sur le cadavre. Dans tous ces cas il s'est servi de fœtus de tailles différentes, et jamais il n'a éprouvé de difficultés à abaisser le pied antérieur.

Enfin, Potocki nous apporte, comme troisième preuve, des mensurations.

Ce qui doit basculer dans le bassin, nous dit-il, ce n'est pas le fémur seul, c'est le fémur doublé de la rotule, ce qu'il appelle le segment fémoral du membre inférieur. Sa longueur est représentée par la distance qui sépare le bord supérieur du grand trochanter de la rotule, dans la flexion à angle droit de la jambe.

Voici les chiffres de l'auteur :

Pour des fœtus de,

4.500 à 4.000, le segment fémoral mesure.	11 cm. 7
4.000 à 3.500 — —	11 cm. 2
3.500 à 3.000 — —	11 cm. »
3.000 à 2.500 — —	10 cm. 8
2.500 à 2.000 — —	10 cm. 1

La bascule du fémur est donc possible, puisque la longueur maximum du segment fémoral est plus petite que les diamètres obliques du détroit supérieur et de l'excavation.

Mais, dira-t-on, comment la cuisse qui est fixée au siège déjà engagé dans l'excavation pourra-t-elle se défléchir ?

« Enfoncez dans un bassin, dit Potocki, un fœtus à terme du poids de 3.250 grammes, tassez-le tant soit peu dans un côté de ce bassin, et vous verrez que la moitié environ de l'aire du détroit supérieur et des divers plans de l'excavation reste libre. Du reste, on eût pu le prévoir en se rappelant que, pour un fœtus à terme, le diamètre bitrochantérien mesure 9 centimètres, et le diamètre pubio-sacré 5 cm. 5 seulement. Le volume de cette région fœtale peut même être réduit par tassement des parties molles, comme cela a lieu, du reste, pendant l'accouchement spontané ou une intervention manuelle. L'accoucheur dispose donc d'un espace suffisant pour manœuvrer. »

Nous avons déjà dit que ce n'était pas là l'avis de bon nombre d'accoucheurs. Malheureusement leurs dires ne reposent sur aucune base solide, car aucun d'eux n'apporte de mensurations à l'appui de leur théorie.

Cependant, en 1893, paraissait, dans la *Semaine médicale*, un article de M. Bonnaire, relatif à l'abaissement du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses.

Sa théorie allait à l'inverse de celle de Potocki, et il soutenait que, lorsque le siège était fortement engagé, le mouvement de bascule de la jambe était impossible.

Le point intéressant de cette théorie est qu'elle nous apporte des chiffres, tout comme celle de Potocki.

La longueur de la cuisse, d'après M. Bonnaire, varierait chez l'enfant nouveau-né de 11 cm. 3 à 12 cm. 8. Ces dimensions portent sur 15 enfants de 2.000 à 3.000 grammes.

Or, la ligne étendue du bord supérieur du pubis au centre du détroit inférieur, occupée par la cuisse antérieure, mesure 11 cm. 5.

M. Bonnaire a encore opéré des mensurations sur 18 enfants de 3.000 à 4.000, de longueur moyenne de 49 cm. 5. Ses mensurations ont abouti aux chiffres suivants :

Longueur de la cuisse	12,8
Longueur de la jambe	12

Les divers diamètres de l'excavation n'étant que de 12 centimètres, la cuisse est donc trop longue pour évoluer.

Telle est la conclusion de l'auteur.

Si maintenant on jette un rapide coup d'œil sur les chiffres indiqués par Potocki et ceux qu'apporte M. Bonnaire, on voit qu'ils diffèrent sensiblement. Cela tient-il à la différence des points de repère pris par les deux auteurs? Peut-être, mais les expériences de Potocki semblent bien concluantes et, du reste, il n'est pas le seul à avoir obtenu un abaissement du pied, quand le siège se trouvait engagé dans l'excavation.

Il est bien évident que le volume du fœtus est un facteur important et que plus l'enfant est volumineux, plus les difficultés sont grandes.

Mais Potocki ne les envisage pas comme considérables, car les parties molles sont en grande partie réductibles et les parties osseuses, les seules à considérer, sont très peu variables, même chez des fœtus de poids tout à fait différent. Sur plusieurs fœtus de

4.000 à 5.500, le diamètre bitrochantérien n'a jamais atteint 10 centimètres.

Il est encore une question qui semble intéressante et à laquelle Potocki nous répond :

Quand le siège est engagé, la cuisse du fœtus peut-elle être mise en abduction suffisamment forcée pour que la descente de la jambe soit possible ?

Là encore, il répond par l'affirmative.

Dans un engagement assez prononcé, « le tiers de la cuisse antérieure est au-dessus du détroit supérieur : ici donc les deux tiers de la cuisse seraient en dehors de l'excavation. Qu'en résulte-t-il ? C'est que le fémur est presque entièrement libre d'évoluer, puisque son mouvement d'abduction ne sera arrêté qu'à l'instant précis où son tiers supérieur rencontrera la marge du bassin ; or, à ce moment, le genou sera écarté du tronc d'une quantité suffisante pour permettre l'abaissement de la jambe. »

Il est donc possible, conclut l'auteur, d'abaisser un pied dans la présentation du siège, mode décomplété des fesses, engagée jusqu'au milieu de l'excavation.

Manuel opératoire. — Le tiers antérieur de la cuisse étant, comme nous l'avons vu, au-dessus du détroit supérieur, le point délicat sera donc de faire franchir au fémur ce même détroit.

Pour ceci, il faudra se souvenir que le genou doit passer par le milieu de la ligne innommée ou par la symphyse sacro-iliaque de même nom que la position dont il s'agit, droite dans les droites, gauche dans les

gauches, car le fémur occupe de la sorte le diamètre oblique opposé que le tronc du fœtus laisse libre. La cuisse ne peut pas être arrêtée puisque sa longueur est inférieure à celle du diamètre considéré.

Mais il est intéressant de remarquer, et Potocki attire encore l'attention sur ce point, que, pendant qu'elle traverse le détroit supérieur, la cuisse ne s'écarte pas, comme on pourrait le croire, du tronc du fœtus. Elle ne décrit pas d'arc de cercle dont le plan lui soit perpendiculaire. Cet arc de cercle, lui, est au contraire à peu près parallèle.

Quand le fémur a franchi le détroit supérieur, sa descente est assez facile. Si, cependant, le genou ne pouvait pénétrer dans l'excavation, on l'abandonnerait ainsi aux forces naturelles, ce qui reviendrait à avoir fait un abaissement prophylactique.

Du reste, M. Bonnaire a cherché une méthode consistant à déterminer un changement dans l'attitude des membres relevés du fœtus.

Nous avons vu qu'il condamne l'abaissement complet comme étant impossible. Il lui reproche également d'exposer à la procidence du cordon.

Aussi a-t-il préconisé un nouveau procédé qu'il a nommé l'abaissement partiel du pied antérieur.

Dans ce genre d'abaissement, la jambe et le pied une fois amenés dans le segment inférieur, la colonne vertébrale cesse d'être bridée et son inflexion devient aisée. On n'intervient donc que pour la flexion de la jambe sur la cuisse et on laisse l'accouchement se terminer seul.

Au lieu d'agir ainsi, nous croyons qu'il est préférable

d'essayer la manœuvre mixte, dite du refoulement du genou dont nous donnons la technique à la fin de ce travail.

II. LE SIÈGE EST AU DÉTROIT INFÉRIEUR. — Il est bien évident que les difficultés de l'abaissement du pied, ne font que s'accroître. Mais, difficulté n'est pas synonyme d'impossibilité.

Nous répèterons ici la proposition formulée par Cazeaux : « Toutes les fois qu'une tige droite et inflexible aura à franchir un canal courbe, elle le franchira d'autant plus facilement que le canal sera moins courbe et moins long ou la tige droite plus courbe. »

Or, ici, le canal formé par le bassin et le périnée amené à son minimum d'ampliation quand le siège est à la vulve, d'après les chiffres indiqués par M. Bonnaire, mesure sur sa paroi postérieure une longueur de 30 à 35 centimètres. La tige inflexible constituée par le tronc offre une vingtaine de centimètres de long, mesurée de la saillie des ischions à la région de la nuque.

Cazeaux ajoute : « Pour que l'accouchement ait lieu, il faut que la tige droite se brise ou s'infléchisse pour se prêter à la courbure du canal, que la courbure du canal soit redressée ou que sa paroi se brise. En dehors de l'une de ces diverses éventualités, l'accouchement est impossible. »

Ici que va-t-il arriver ?

Quand nous nous sommes occupé de l'abaissement du pied, le siège étant dans l'excavation, nous avons vu

que la difficulté venait de la flexion de la cuisse et de la longueur du segment fémoral. La jambe ne nous préoccupait pas, puisqu'elle se mobilisait dans la cavité utérine.

Mais ici, il en est tout autrement. Le genou, nous dit Potocki, est au niveau ou à peu de distance du détroit supérieur, de telle sorte qu'au moment où le pied va se présenter pour pénétrer dans l'excavation, la jambe est, pour ainsi dire, couchée sur l'ouverture du bassin à laquelle elle présente sa plus grande dimension. Pour que le pied puisse s'abaisser, il est donc nécessaire que cette dimension soit inférieure ou au plus égale au grand diamètre du détroit supérieur et que le segment fémoral soit orienté suivant le plus grand diamètre.

Or, que nous apprennent les mensurations ?

Ces dernières ne portent plus sur le segment fémoral, mais sur ce que Potocki a appelé le segment tibial, c'est-à-dire le segment constitué par la jambe, le pied et le genou. Sa longueur est représentée par la distance qui sépare la face antérieure des condyles fémoraux des talons, lorsque la jambe fait un angle droit avec la cuisse.

Or, d'après les mensurations de l'auteur lui-même, les moyennes obtenues seraient les suivantes.

Pour des enfants de :

4.500 à 4.000	le segment tibial mesure .	13 cm. 5
4.000 à 3.500	— — .	12 cm. 9
3.500 à 3.000	— — .	12 cm. 4
3.000 à 2.500	— — .	11 cm. 6
2.500 à 2.000	— — .	11 cm. 2

dimensions sensiblement différentes de celles du segment fémoral.

D'après les chiffres, en voulant abaisser le pied antérieur quand le siège est au détroit inférieur, on court donc au-devant d'un échec certain.

Et cependant Potocki conseille encore d'essayer cet abaissement. Des observations cliniques sont venues prouver qu'on pouvait y arriver dans un certain nombre de cas où la déflexion du membre inférieur n'était pas illusoire.

Et Potocki conclut : « S'abstenir, ce serait se priver des bénéfices d'une intervention dont seule une tentative opératoire peut démontrer l'impossibilité. »

OBSERVATION VIII (Clinique obstétricale).

(Multipare. — Siège décomplété, mode des fesses en S. I. G. A.

Intervention le 26 mai 1906 : abaissement prophylactique.

Enfant mort. — Suites de couches physiologiques.)

Thérèse M..., trente-six ans, multipare.

L'enfance a été délicate. Les règles sont régulières et non douloureuses.

A quatorze ans, la malade aurait craché du sang à deux reprises, mais les renseignements sont peu précis.

Cinq grossesses antérieures.

La parturiente entre à la clinique le 24 mai 1906, à 10 heures du soir. Les douleurs ont débuté à trois heures de l'après-midi et les membranes ont été rompues à ce moment même.

Le 25 mai, à 9 h. 30 du matin, on fait le palper, mais on ne peut sentir la tête dans l'excavation ; à droite et au-dessus de l'ombilic on sent une masse dure qui paraît être le pôle céphalique.

Hauteur utérine : 35 centimètres.

Au toucher, on sent le col dilaté à 5 centimètres.

La présentation est élevée. En cherchant à produire son abaissement à l'aide d'une main placée sur le fond de l'utérus, on arrive à atteindre la hanche antérieure et on repère l'anus et le coccyx à gauche.

En résumé, présentation du siège décomplété, mode des fesses, en S. I. G. A.

A 11 heures du matin, les douleurs espacées de cinq minutes sont plus fortes et plus longues.

A 2 heures du soir, les douleurs semblent se ralentir.

Elles sont plus espacées et d'une durée moindre.

La dilatation ne fait pas de progrès.

A 10 heures du soir, les douleurs ont complètement cessé.

Le 26 mai, à 8 heures du matin, l'état du col est le même.

A 10 h. 30, M. le Professeur constate que ce dernier est dilatable et décide une intervention.

On anesthésie la malade et M. le Professeur va à la recherche du pied gauche qu'il amène en contact avec le col.

La parturiente est ensuite portée dans son lit. Dix minutes après, elle a des douleurs expulsives.

Les battements du cœur fœtal sont à 180.

A 11 h. 10, après cinq ou six douleurs expulsives et de légères tractions sur le pied antérieur, la partie fœtale progresse et se dégage... M. le Professeur relève la traction en fixant le trochanter antérieur sous le pubis et le tronc se dégage à son tour.

Le bras postérieur est abaissé facilement, le bras antérieur avec de grandes difficultés.

On fait le Champetier pour l'extraction de la tête.

L'enfant naît en état d'asphyxie blanche. Il est mis dans un bain à 40 degrés.

L'enfant ne fait aucun mouvement et ne donne aucun signe de vie. Poids : 3.230.

Le placenta est expulsé vingt minutes après.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION IX (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Siège décomplété, mode des fesses. — Intervention le 14 juillet 1907 : Abaissement curatif, siège non engagé. — Enfant vivant. — Suites de couches physiologiques.)

Joséphine R... dix-neuf ans, domestique. Primipare.

Entre à la clinique le 14 juillet 1907, à 9 h. 30 du soir.

Elle accuse des douleurs depuis 6 heures du matin.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Bonne santé dans l'enfance jusqu'à seize ans. A ce moment, fièvre typhoïde, traitée par les bains, pendant dix-huit jours.

Pas de signes de rachitisme. Taille moyenne.

A l'inspection, on se rend compte que l'utérus est médian ; l'abdomen est couvert de vergetures. La ligne brune s'étend du pubis à l'épigastre. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Mensurations externes du bassin :

D.B.		18 centimètres.
B.E.I		25 —
B.C.I		28 —
B.T.		31 cm. 5

Le toucher est pratiqué à 10 heures. La dilatation est complète. Le promontoire ne peut être atteint que difficilement. On sent le pli fessier et le coccyx.

Le siège est élevé, non engagé.

Intervention à 10 heures. — Avec la main regardant le plan ventral du fœtus, on cherche à pratiquer l'abaissement du pied.

La main droite longe la face postérieure de la cuisse et arrive au creux poplité. Le pied antérieur vient au contact de la main qui le saisit et l'amène à la vulve.

On continue la manœuvre en exerçant des tractions sur le membre jusqu'au trochanter.

La traction est relevée; le siège apparaît.

L'autre membre se dégage en même temps qu'une partie du tronc.

On fait l'anse au cordon.

Les bras sont dégagés assez facilement. Champetier pour l'abaissement de la tête. L'enfant est en état de mort apparente, un peu cyanosé. Le cœur bat faiblement. L'enfant est mis dans la position déclive et rejette des mucosités. On le met ensuite dans un bain chaud. Un quart d'heure après, l'enfant commence à crier.

Délivrance dix minutes après l'accouchement. Injection térébenthinée.

Suites de couches physiologiques.

L'enfant pèse 3.530 grammes.

OBSERVATION X (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Siège décomplété, mode des fesses en S. I. D. A. — Tractions inguinales infructueuses. — Abaissement curatif du pied. — Enfant vivant. — Suites de couches physiologiques.)

Jeanne M... vingt-deux ans. Primipare.

Entre à la clinique le 11 novembre 1907 et les douleurs débutent le 12, à 5 heures du soir.

Au palper, on trouve le dos très antérieur. Au sommet de l'utérus, on a la sensation d'une saillie dure et arrondie qui est le pôle céphalique.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont tout à fait sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, on peut atteindre le sacrum à droite et les parties génitales à gauche.

On est en présence d'un siège décomplété, mode des fesses en S. I. D. A.

La poche des eaux a été rompue le 11 novembre à 4 heures du soir et les douleurs sont assez fortes.

A 10 h. 15, la malade éprouve le besoin de pousser et le

siège commence à se dégager. On aide au dégagement par des tractions inguinales.

Mais celles-ci sont infructueuses et on va à la recherche du pied antérieur que l'on abaisse avec quelques difficultés par la manœuvre de Pinard.

Le tronc se dégage ensuite assez aisément.

Grandes difficultés pour l'abaissement des bras.

Enfant en état de mort apparente, mais vite ranimé.

Suites de couches physiologiques.

L'enfant pèse 2.090 grammes.

OBSERVATION XI (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Abaissement curatif du pied antérieur. — Siège fixé.
— Enfant vivant.)

Louise B... dix-sept ans. Primipare.

Entre à la clinique le 14 mars 1908. On fait le diagnostic de siège décomplété, mode des fesses en S. I. G. P.

Les bruits du cœur sont normaux.

Au toucher, on constate que la dilatation est complète, le siège fixé, non engagé.

Mais, au bout d'un certain temps, le siège ne faisant aucune progression, on se décide à intervenir.

On va alors à la recherche du creux poplité et après avoir glissé la main gauche dans cette région, on cherche à produire la flexion de la jambe sur la cuisse. Le pied antérieur est facilement abaissé et amené à la vulve. On complète l'extraction par des tractions inguinales.

Le tronc se dégage. On fait une anse au cordon ; on dégage les bras et l'accouchement se termine par un Mauriceau facile.

Hémorragie de la délivrance évaluée à 600 grammes.

Enfant vigoureux. Il pèse 4.300 grammes.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XII (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Présentation du siège décomplété en S. I. D. — Intervention le 23 janvier 1909. — Traction inguinales infructueuses. — Abaissement curatif du pied antérieur : siège engagé. — Enfant vivant. — Suites de couches physiologiques.)

Marie J..., vingt et un ans, repasseuse. Primipare.

Entre à la clinique le 20 janvier 1909, à 3 heures de l'après-midi.

Les douleurs avaient débuté à 6 heures du matin et une sage-femme trouvant que le travail traînait en longueur, avait rompu la poche des eaux et essayé de hâter la marche de l'accouchement par des pressions violentes sur l'utérus.

Elle alla ensuite, dit la malade, à la recherche d'un pied ; mais, n'y pouvant réussir, elle fit des tractions en prenant point d'appui sur le rectum et le vagin dans lesquels elle avait introduit les doigts.

Après plusieurs heures de manœuvres infructueuses, elle ordonne le transport à la Charité.

A l'arrivée, à 3 heures de l'après-midi, on fait l'examen.

La femme est de taille moyenne et ne présente aucun signe de rachitisme. La malade est pâle, souffre beaucoup et se dit très fatiguée.

L'examen de la vulve permet d'apercevoir une déchirure à 7 heures.

A la palpation, on se rend compte que le siège est engagé fortement. Il apparaît déjà à la vulve.

Le dos est à droite ; les petites parties, à gauche.

A l'auscultation, le maximum des bruits du cœur est au niveau de l'ombilic. Ils sont nets et réguliers.

A 2 h. 20, on pratique le toucher. On sent une hanche antérieure un peu tuméfiée qui apparaît à la vulve. En procédant d'avant en arrière et de gauche à droite, on

acquiert la notion d'un sillon irrégulier et profond qui mène à un anus élargi. Plus en arrière et à droite, on sent la pointe du sacrum.

Noter que les plis inguinaux, surtout le postérieur, sont difficilement accessibles.

M. le Chef de clinique décide une intervention.

Les tractions inguinales sont opérées sur la hanche antérieure, mais elles ne semblent pas modifier la présentation.

On décide de faire l'abaissement du pied. La main droite va à la recherche du pied droit. Elle pénètre facilement dans la cavité utérine, atteint sans difficulté le creux poplité et fait basculer le pied à la vulve.

Pendant ces manœuvres, la présentation s'est modifiée en S. I. G. T. ; on la ramène en S. I. D. T. par un mouvement de rotation.

Extraction du siège sans difficultés.

Abaissement du bras postérieur, puis du bras antérieur. La tête est extraite par la manœuvre de Mauriceau.

Déchirure du périnée intéressant la plupart des fibres du sphincter anal tout en respectant l'anus lui-même.

Délivre expulsé spontanément, cinq minutes après l'accouchement. Le placenta est complet, de même que les membranes.

L'enfant est né en état d'asphyxie blanche.

Il est aussitôt mis dans un bain chaud.

La respiration s'installe sans difficultés.

L'enfant pèse 3.880 grammes.

OBSERVATION XIII (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Abaissement curatif du pied : siège engagé
Enfant vivant.)

Anna L..., vingt-cinq ans. Primipare.

Entre à la clinique le 6 octobre 1906, à 4 heures du soir. Poche des eaux rompue depuis 7 heures du matin.

Les douleurs ont débuté à 7 h. 40.

Au palper, on se rend compte que la tête est mobile et ballotte un peu dans l'hypocondre droit.

Le dos est senti à gauche.

Au toucher, on parvient sur un col souple, dilaté à 6 centimètres. La présentation est déjà engagée.

De 7 heures à 8 heures du soir, des douleurs vont en augmentant; l'engagement se fait de plus en plus.

A 8 heures, la malade est anesthésiée et on essaie de dégager le siège au moyen des tractions inguinales.

Les résultats étant peu satisfaisants, on abaisse le pied antérieur, en allant à la recherche du creux poplité. Aucune difficulté.

Dégagement facile des bras et de la tête.

Délivrance spontanée.

Pas d'hémorragie.

L'enfant pèse 3.330 grammes.

OBSERVATION XIV (Mantel).

(Abaissement curatif du pied antérieur. — Siège mobile.

Enfant vivant.)

Primipare, vingt-huit ans. A son entrée, dilatation à 5 francs; on n'essaie pas de faire la version par manœuvres externes parce que les contractions utérines sont très fréquentes.

A la dilatation complète, rupture artificielle des membranes, liquide amniotique normal. On procède immédiatement à l'abaissement du pied.

Le siège en S. I. D. commence à s'engager, mais comme il est encore mobile, M. Mantel le refoule aisément et le pied tombe pour ainsi dire sur le dos de la main droite de l'opérateur qui l'amène à la vulve.

L'expulsion spontanée suit de près l'abaissement du pied.

Enfant vivant, 2.750 grammes.

A sa sortie de l'hôpital, il pèse 2.800 grammes.

Durée total du travail, seize heures.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATIONS XV (M. Bouffe).

(Abaissement curatif du pied antérieur. — Résistance périnéale.
Enfant vivant).

Primipare, vingt-deux ans, est en travail au moment de son admission à la clinique le 13 décembre 1892.

Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète. A ce moment, l'engagement est terminé et le siège appuyé déjà sur le périnée.

Intervention immédiate. Abaissement du pied antérieur. La résistance exagérée du périnée rend très pénible l'extraction des épaules et de la tête.

Enfant né en état de mort apparente, ranimé après expirations de mucosités, contenues dans la trachée.

Durée totale du travail, douze heures.

OBSERVATION XVI (M. le professeur Pinard).

(Abaissement curatif du pied antérieur.
Résistance des parties molles. — Enfant vivant).

Primipare, vingt-sept ans. A son entrée à la clinique, on trouve la dilatation complète, les membranes rompues, le siège engagé en S. I. G. A. Chloroforme.

Abaissement curatif du pied antérieur et extraction immédiate rendue difficile à cause de la résistance des parties molles du vagin et du périnée.

Enfant 3.500 grammes, né en état de mort apparente, a été ranimé par l'insufflation et crie au bout de vingt-cinq minutes. Durée du travail, trente heures trente.

CHAPITRE IV

SUR QUELQUES AUTRES PROCÉDÉS D'EXTRACTION DU SIÈGE QUAND LE PIED NE PEUT ÊTRE ABAISSÉ PAR LA MANŒUVRE DE PINARD MANŒUVRES MIXTES

L'abaissement curatif de Pinard est, comme nous venons de le voir dans les pages précédentes, un très bon procédé dans lequel on peut avoir une grande confiance et qui donnera satisfaction à l'accoucheur dans la grande majorité des cas.

C'est même à lui qu'on devra avoir toujours recours dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses.

Mais il se peut que les difficultés que nous avons décrites soient considérables et alors l'application exacte de la théorie de Mantel n'amène à aucun résultat.

Les raisons? Nous les avons vues dans le premier chapitre de ce travail.

Avons-nous affaire à un siège primitif, dans lequel les attelles formées par les membres inférieurs n'ont acquis aucune flexibilité, toute tentative sur le creux poplité restera vaine.

Le bassin est-il fortement rétréci, le membre inférieur ne pourra évoluer dans l'excavation.

La cavité utérine est-elle desséchée et les parois de l'organe contractées, le pied ne pourra que difficilement glisser à la vulve. L'enfant est-il trop volumineux, même résultat déconcertant.

Tous ces échecs dans l'abaissement du pied par les manœuvres classiques ont amené les auteurs à chercher de nouveaux procédés destinés à faciliter l'évolution de l'accouchement et à amener une expulsion fatale aussi rapide que possible.

Aussi, allons-nous passer en revue, à la fin de notre travail, les diverses méthodes qui ont été préconisées, ces dernières années.

1° *Recherche du pied postérieur.* — Nous ne dirons rien sur la pratique qui consiste à aller chercher le pied postérieur. Il n'y a là aucun avantage. Si c'était par erreur qu'on ait agi ainsi, il faudrait aussitôt faire évoluer le fœtus et transformer le mauvais pied en bon pied.

Mais supposons maintenant que, pour une quelconque des raisons que nous avons exposées tout à l'heure ou même pour d'autres, le pied ne descende pas. Que faut-il faire? Nous admettons toujours, bien entendu, que la dilatation est complète.

2° *Exagération de pression sur les tendons fléchisseurs.* — Dans les cas où l'on pratique généralement l'abaissement curatif par la méthode de Pinard, il arrive le plus souvent que, dès que la main arrive au niveau du creux poplité, la jambe se fléchit aisément et le pied tombe sur la main de l'opérateur. Mais

dans le cas où l'on aurait affaire à un siège primitif, par exemple, on n'arriverait pas si facilement à un aussi brillant résultat ; c'est pourquoi, on a proposé, dans un pareil cas, d'appuyer le plus fortement possible avec l'extrémité des dernières phalanges sur la saillie des tendons des fléchisseurs de la jambe. Cette exagération de pression pourra alors permettre la flexion de la jambe sur la cuisse.

3° *Recherche directe du pied antérieur.* — Mais supposons que l'on n'ait pas obtenu de satisfaction par ce procédé. Les anciens auteurs avaient pour principe d'aller directement à la recherche du pied.

Voici, du reste, ce qu'écrit Barnes à ce sujet¹. « Introduisez votre main gauche dans l'utérus, en l'insinuant doucement au delà du détroit supérieur, la paume à plat sur le ventre du fœtus, jusqu'à ce que vous atteigniez le pied — le pied antérieur est encore le meilleur — mettez un doigt en crochet sur le coup-de-pied et tirez de façon à fléchir la jambe sur la cuisse, puis amenez le pied au dehors. Le principal obstacle est maintenant dépassé et vous pouvez, s'il le faut, tirer sur la jambe. Dans cette manœuvre, il faut appliquer le doigt sur le coup-de-pied, faute de quoi vous ne pourriez pas fléchir la jambe ; il faut donc que votre doigt monte jusque tout près du fond de l'utérus. Cette nécessité et le fait que le détroit supérieur et souvent une partie de l'excavation sont occupés par le siège, rendent cette opération fort malaisée ; elle exige beaucoup de douceur et d'assurance. »

¹ Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales.*

On comprend combien, en présence d'un utérus rétracté, il peut être difficile d'aller directement à la recherche du pied vers le pôle supérieur de l'utérus.

C'est pour remédier à cet inconvénient qu'on a cherché un autre procédé moins ennuyeux.

4° *Abaissement du pied par accrochement de la partie supérieure de la jambe.* — Il consiste à introduire la main assez profondément dans l'utérus, pour que l'extrémité des doigts arrive à la hauteur du genou du fœtus. Pour ceci, les doigts introduits, comme pour la manœuvre de Pinard, glisseront sur la cuisse qu'ils maintiendront dans l'abduction, pendant que deux d'entre eux, l'index et le médius, après avoir contouronné le genou, iront accrocher la jambe qui sera prise comme dans une pince. On arrivera à la fléchir peu à peu en appuyant sur elle ; elle descendra dans l'excavation entraînant avec elle le pied qui ne tardera pas à apparaître à la vulve.

OBSERVATION XVII (Bonnaire).

(Abaissement partiel du pied. — Enfant mort quatre jours après l'intervention.)

Secondipare, âgée de dix-neuf ans, à bassin généralement rétréci. Entre à Saint-Louis le 21 juillet 1893, en travail à terme.

L'enfant se présente en S. I. G. P., variété décomplétée, mode des fesses. Le siège était profondément engagé. J'attendis que la dilatation du col offrit les dimensions d'une petite paume de main. Je glissai trois doigts de la main gauche dans le col et j'atteignis la jambe antérieure. Je fléchis facilement ce segment du membre sur la cuisse,

mais quand je voulus faire passer la jambe dans le vagin et la porter en extension sur la cuisse, je ne pus faire passer le genou au-dessous de la ligne innominée. Force me fut d'abandonner le membre partiellement abaissé et plié en deux dans le segment inférieur de l'utérus.

La dilatation du col se compléta en deux heures : le tronc sortit facilement, mais la tête fut arrêtée au détroit supérieur. Elle ne put être entraînée qu'au prix d'énergiques tractions.

L'enfant pesait 3.750 grammes

Il succomba quatre jours plus tard à une hémorragie méningée causée par l'atrésie totale du bassin.

OBSERVATION XVIII (Mantel).

(Abaissement du pied antérieur : accrochement de la partie supérieure de la jambe. — Enfant vivant.)

Primipare, vingt-cinq ans. Entre en travail à la maternité de Lariboisière le 13 octobre 1888. Dilatation comme 2 francs, contractions utérines subintrantes, rendant impossible la version par manœuvres externes. Siège au-dessus du détroit supérieur en D. T.

Dès que la dilatation est complète, M. Mantel fait mettre la femme en travers du lit, rompt les membranes et introduit la main dans l'utérus ; il refoule le siège vers la fosse iliaque, appuie au niveau du creux poplité de la cuisse antérieure pour mettre la cuisse en abduction, et facilite l'abaissement du pied en accrochant avec le doigt la partie supérieure de la jambe. Il entraîne le pied antérieur au dehors et procède à l'extraction immédiate, rendue nécessaire par la modification des bruits du cœur du fœtus.

L'enfant, du poids de 3.500 grammes, né en état de mort apparente, est très vite ranimé à l'aide de frictions. A sa sortie de l'hôpital, il pèse 3.630 grammes.

Durée totale du travail onze heures.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XIX (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Siège décomplété en S. I. D. — Abaissement du pied antérieur : siège profondément engagé. — Déchirure périnéale chez la mère et chez l'enfant).

Marie G..., vingt et un ans, repasseuse. Primipare. Entre à la clinique le 23 janvier 1907, à 2 heures du soir. A la palpation on se rend compte que l'utérus est dur, très tendu. Le dos est senti à droite, les petites parties à gauche. Le ballottement céphalique peut être obtenu.

Maximum des bruits du cœur, à droite, un peu au-dessous de l'ombilic. Ils sont réguliers à 110.

On pratique le toucher à 2 h. 20. On sent la hanche antérieure un peu tuméfiée; en arrière, le sillon interfessier qui conduit en avant et à gauche, à une vulve dilatée, admettant le bout de l'index.

En arrière et à droite, on sent la pointe du sacrum.

Les plis inguinaux sont difficilement accessibles.

Le siège est profondément engagé.

On décide alors une intervention.

La malade étant anesthésiée au chloroforme, on essaie des tractions inguinales sur la hanche antérieure mais elles ne semblent pas mobiliser la présentation.

On décide alors de tenter l'abaissement du pied.

La main droite étant introduite tout entière dans l'utérus atteint sans difficultés le genou droit. En agissant alors sur la partie supérieure de la jambe, on fait basculer le pied à la vulve.

Pendant ces manœuvres, la présentation s'est modifiée en S. I. G. T. On la ramène en S. I. D. T. par un mouvement de rotation, de gauche à droite.

Le siège est ensuite extrait sans difficultés.

On fait l'anse au cordon.

Abaissement facile des deux bras.

Déchirure périnéale intéressant le sphincter.

L'enfant présente également une déchirure du périnée (voir observation IV).

L'enfant pèse 3.880 grammes.

OBSERVATION XX (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Abaissement direct du pied antérieur. — Utérus sec. Enfant mort.)

Louise D..., primipare. Entre à la clinique le 3 octobre 1910 et déclare avoir des douleurs depuis l'avant-veille.

A l'examen fait à 11 heures du matin, on trouve le col encore un peu épais et on sent une masse profondément engagée à résistance tout à fait irrégulière. On ne sent nulle part de pied.

La crête sacrée et le coccyx sont à gauche, en avant.

Bassin transversalement rétréci.

Devant les douleurs prolongées de la malade, on se décide à intervenir.

On se trouve en présence d'un siège en S. I. G. T.

La main ventrale est introduite tout entière dans l'utérus et va à la recherche du creux poplité.

La flexion de la jambe ne se faisant pas, on a recours aux manœuvres mixtes et l'on cherche à abaisser le pied à travers la paroi abdominale.

Aucun résultat. On est forcé d'aller à la recherche directe du pied, car l'utérus est complètement sec. Le pied est atteint et amené à la vulve.

Grandes difficultés pour l'extraction de la tête.

Enfant en état de mort apparente. Ne peut être ranimé.

L'enfant pèse 3.370 grammes.

OBSERVATION XXI (Clinique obstétricale).

(Multipare. — Siège décomplété, mode des fesses, en S. I. G. T. — Intervention le 29 mars 1909 : abaissement direct du pied antérieur dans un bassin rétréci. — Enfant vivant avec une fracture de la clavicule. — Suites de couches physiologiques.)

Madeleine D..., quarante ans, ménagère.

Mère bien portante, âgée de soixante-huit ans. Père mort de diabète; cinq frères ou sœurs bien portants.

La malade a été nourrie au sein. Elle a fait ses premiers pas à quinze mois. Pas de maladies dans l'enfance.

Elle en est à son septième accouchement, mais deux seulement de ses enfants sont vivants :

1° La malade a eu son premier enfant à l'âge de vingt ans; il est venu à terme, mais a été extrait par le forceps. Enfant mort.

2° Deuxième enfant, un an après. Accouchement spontané. Enfant mort.

3° Troisième enfant, l'année suivante. Accouchement spontané en O. I. G. A. Enfant vivant.

4° Fausse couche de six mois.

5° Le cinquième enfant est venu par le siège, mode des genoux. Enfant mort.

6° Quant au sixième enfant, il est venu en présentation du sommet, mais on a dû l'extraire par le forceps. Enfant vivant.

La malade entre à la clinique pour sa septième grossesse, le 29 mars 1909, à midi. Ce jour-là, on constate à la palpation que l'excavation est vide. Au-dessus, on sent une masse. A droite, on sent les petites parties, et à gauche, on a nettement la sensation du dos. Du même côté, on a nettement le ballotement céphalique.

Au toucher, il faut aller très loin pour sentir quelque chose. Le col, à 2 h. 1/2, est dilaté à 3 centimètres. On sent une masse qui bombe que l'on reconnaît pour être la

hanche antérieure. En enfonçant le doigt dans le col, on sent à gauche la crête sacrée.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont entendus très haut, au-dessus de l'ombilic, à 2 cm. de la ligne médiane.

En examinant le bassin par le toucher, on remarque un bourrelet rétro-symphysaire épais de 4 centimètres. L'arc antérieur est de court rayon. Le promontoire est élevé à 10 cm. 9 du sous-pubis.

On porte le diagnostic de bassin généralement rétréci.

La femme souffre peu; la dilatation progresse un peu, mais la présentation n'a aucune tendance à s'engager et est mobile au-dessus du détroit supérieur.

A 4 heures, M. le professeur Fabre, appelé, juge une intervention nécessaire.

La malade est mise en position obstétricale et sous anesthésie; on tente l'abaissement prophylactique du pied. Le fœtus étant en S. I. G. T., trois doigts de la main gauche sont introduits dans le col et vont à la recherche du pied antérieur, qui n'est pas atteignible, étant situé très haut. Alors la main entière est introduite dans l'utérus et va rechercher le pied antérieur qui est amené à la vulve. On exerce alors des tractions en bas; le siège apparaît après des tractions soutenues et très fortes.

On fait une anse au cordon.

Les bras sont relevés de chaque côté de la tête. On tente d'aller chercher le bras antérieur, mais sans succès. La sœur Chaumard essaie également, mais en vain. Enfin, à la quatrième tentative, en passant la main sous le plan ventral, on ramène le bras postérieur, lequel est fortement serré par le fait de l'étroitesse du bassin. Même tentative pour abaisser le bras antérieur, ce qui n'est possible qu'après de multiples reprises.

On fait des tractions sur le fœtus, mais la tête est retenue et ne peut s'engager.

La manœuvre de Champetier de Ribes est pratiquée. Avec une pression forte de 40 kilogrammes, on arrive à

dégager la bosse pariétale gauche, puis la droite, mais on entend un craquement qui paraît provenir des vertèbres.

Les manœuvres ont duré vingt-cinq minutes au moins et ont exigé des efforts violents et prolongés.

On extrait un fœtus qui est mort au cours de l'intervention. Il pèse 3.480 grammes et présente une fracture de la clavicule droite.

La délivrance se fait quarante-cinq minutes après l'accouchement, spontanément.

La malade va bien. Pouls à 116.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XXII (Clinique obstétricale).

(Primipare. — Présentation du siège décomplété, mode des fesses, en S.I.G.P. — Intervention le 14 décembre 1909; abaissement direct du pied; rigidité du col. — Enfant mort. — Suites de couches physiologiques.)

Clotilde R..., vingt-sept ans. Primipare. Entre à la clinique le 14 décembre 1909. Rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels. La grossesse a été bien tolérée.

Quelques vomissements qui s'étaient produits dans le courant du premier mois, ont subitement cessé et n'ont plus reparu.

Les douleurs débutent le 12 décembre à 10 heures du matin. Elles sont d'intensité modérée et se reproduisent toutes les dix minutes, avec une durée moyenne de quarante secondes.

Une sage-femme avait été appelée le 13 et pratiqua un premier toucher; puis un médecin, appelé dans l'après-midi, fait cinq touchers successifs, au cours desquels il fait le diagnostic de présentation du siège.

La malade arrive à la Charité à 1 h. 30, accompagnée de son médecin.

La poche des eaux s'était rompue le 13, à 4 heures du

soir et avait donné lieu à l'issue d'un liquide clair très abondant.

Un écoulement beaucoup plus faible du même liquide a persisté jusqu'à 8 heures du soir environ.

A l'entrée, la température de la mère est de 37 degrés.

Les bruits du cœur du fœtus sont nets, à 140, perçus un peu au-dessous de l'ombilic à gauche.

La tête ne peut être sentie par la palpation.

On pratique alors le toucher et on sent le col très mou, dilaté à 3 centimètres, mais il n'y a pas d'engagement.

Les douleurs sont moins fortes.

Un nouveau toucher est pratiqué à 10 h. 10. La dilatation est à 5 centimètres. Le sacrum paraît situé à l'extrémité gauche du diamètre oblique du bassin.

Nouveau toucher à 2 h. 10 du soir. La présentation serait en S.I.D.P., mode des fesses.

A partir de 3 heures, les douleurs diminuent. Le pouls fœtal est à 186 ; le pouls maternel est à 102.

A 5 h. 15, la malade est transportée à l'infirmerie et on tente une intervention. On essaie de pratiquer la dilatation bimanuelle du col ; mais celui-ci est dans un état de rigidité accusée et ne se laisse pas dilater.

Cependant, dès que la dilatation est assez accusée, on procède à l'abaissement du pied antérieur. La méthode de Pinard ne réussissant pas, on est obligé d'aller à la recherche directe du pied qui est haut situé. De plus, cette manœuvre est rendue difficile par le pied correspondant à la hanche postérieure qui est au-dessus de la symphyse.

Une fois les pieds hors de la vulve, des tractions sont exercées sur les deux membres et le tronc se dégage.

Manœuvre de Deuenter-Müller pour le dégagement des épaules et de Champetier pour celui de la tête.

L'enfant, en état de mort apparente, ne peut être ranimé.

L'intervention a duré trente-cinq minutes.

Suites de couches physiologiques.

L'enfant pesait 3.360 grammes.

MANŒUVRES MIXTES

Les différents procédés que nous venons de passer en revue et qui, pour certains auteurs, doivent être considérés comme donnant toutes satisfactions à ceux qui les emploient, ne sont, à notre avis, que des moyens d'emploi plus exceptionnel que l'accoucheur doit connaître, de manière à ne s'en servir qu'après avoir patienté longtemps et s'être bien assuré que l'abaissement du pied tel que le conseille Pinard est matériellement impossible.

Or, nous le répétons, dans la grande majorité des cas, cet abaissement peut être tenté. Mais si toutefois, malgré toute sa persévérance, l'opérateur venait à échouer, avant de pratiquer une des interventions décrites dans le chapitre précédent, nous sommes d'avis qu'il aura tout avantage à essayer une des trois manœuvres que nous allons maintenant exposer sous le nom de manœuvres mixtes. Nous entendons par là des manœuvres dans lesquelles la main intra-utérine est aidée par l'autre main de l'opérateur qui agit à travers la paroi abdominale et utérine.

I. — Abaissement du pied antérieur
par manœuvres mixtes, c'est-à-dire internes
et externes.

Supposons que nous soyons en présence d'une femme dont la poche des eaux a été rompue depuis un certain temps. La dilatation est complète et la progression ne fait aucun progrès. Nous nous préparons alors à intervenir et à tenter un abaissement curatif du pied antérieur. Mais la main, après avoir franchi le col, sent de la résistance due à la rétraction utérine. Elle arrive cependant au niveau du creux poplité, tente une flexion de la jambe sur la cuisse, puis cherche à faire de l'abduction, mais sans résultats.

Une autre fois, nous sommes en présence d'un siège primitif dont la constatation a été faite pendant la grossesse. On espère encore réussir un abaissement du pied, mais les attelles formées par les membres inférieurs s'obstinent à garder leur rigidité.

Que faire en pareil cas ?

En 1895¹, M. Auguste Pollosson, dans un cas de présentation du sommet dans un bassin rétréci, fut appelé à pratiquer une version ; mais lorsque vint le moment d'abaisser le bras antérieur qui s'était relevé, les difficultés surgirent, car, vu le rétrécissement du bassin, la main ne put être introduite en avant de la présentation.

C'est alors que M. Pollosson eut l'idée d'aller à la

¹ Thèse de Noack.

recherche de l'avant-bras, à travers la paroi abdominale et de le fléchir sur le bras. La main étant ainsi abaissée, il fut facile de la saisir.

C'est une manœuvre de même nature qui, dans des cas, tels que ceux que nous avons cités tout à l'heure, pourra être tentée pour abaisser le pied antérieur.

D'ordinaire, quand la paroi abdominale est souple, ce dernier peut être facilement atteint, mais dans les cas où on aurait de la difficulté à le rencontrer, on pourrait aller à sa recherche soit en partant de la saillie formée par le siège et en remontant en longeant la face latérale du fœtus, soit en plaçant d'abord la main au niveau de la tête et en la faisant descendre jusqu'au niveau de l'épaule.

La main gauche (dans une gauche) étant introduite dans l'utérus va, comme dans la manœuvre de Pinard, butter, par son extrémité, contre la saillie des fléchisseurs au niveau du creux poplité. Les doigts étant rapprochés les uns des autres exercent à ce niveau une pression aussi forte que possible. Pendant ce temps, la main droite, ayant atteint le pied à travers la paroi abdominale, lui imprime un mouvement par lequel il est amené directement en bas. Ce mouvement se produisant grâce à une flexion de la jambe sur la cuisse, le pied fœtal, sans même que cette flexion soit complète, ne tarde pas à arriver au-dessus de la main qui est à l'intérieur de l'utérus et qui se trouve dès lors en rapport par sa face palmaire avec la face postérieure de la cuisse, par sa face dorsale avec la même face postérieure de la jambe. Bien que n'étant pas en contact immédiat avec cette dernière, on pourra néan-

moins produire l'abaissement grâce à un soulèvement et un écartement de l'index et du médus qui pourront accrocher la partie de la jambe qui se présente le plus aisément.

Pendant cette opération, la main externe restée en contact immédiat avec le pied antérieur, l'a accompagné pendant sa descente et s'est déplacée avec lui en glissant sur la paroi abdominale.

La manœuvre de la main externe n'est pas facilitée par des perceptions directes de cette main ; mais la main interne se rend compte de la région fœtale sur laquelle la main externe est appliquée ; la main interne guide la main externe, constate si le mouvement imprimé par elle est favorable.

La plus grande difficulté de la manœuvre tient à l'épaisseur de la paroi et, dans un certain nombre de cas, se présentant chez des femmes ayant un fort tissu adipeux, il se peut qu'une intervention de ce genre ne puisse être pratiquée, mais le plus souvent on pourra l'employer et on en retirera souvent de grands services.

C'est là, en effet, une méthode excessivement simple et à la portée de tout médecin.

Nous ne l'avons vue décrite dans aucun ouvrage d'obstétrique. Seul, M. Potocki, dans les *Annales de Gynécologie*, en fait mention et avoue en avoir tiré un parti utile à trois reprises différentes.

Notre maître, M. le professeur Fabre l'a également tentée ces derniers temps à la Clinique obstétricale et a obtenu des résultats très satisfaisants.

II. — Abaissement du genou par manœuvres externes.

Cette méthode est indiquée par M. Potocki comme devant rendre des services dans les cas de rétraction spasmodique de l'anneau de Bandl.

Dans un pareil cas, l'utérus se trouve divisé en deux moitiés superposées : il affecte la forme d'un sablier dont la partie supérieure est constituée par le corps de l'utérus et est plus volumineuse que l'inférieure constituée par le segment inférieur.

Au point de vue des difficultés, il importe d'envisager deux cas distincts, suivant le rapport entre l'anneau de Bandl et le siège fœtal.

Si l'anneau est au-dessous de la présentation, les difficultés seront assez réduites.

Mais si l'anneau est en contact avec la partie postérieure, plus ou moins élevée de la cuisse, on aura beaucoup de mal à faire l'extraction.

Cette forme d'utérus en sablier peut rendre l'anomalie reconnaissable à la simple inspection ; mais le diagnostic peut être méconnu pendant le travail et ce n'est que lorsqu'on veut tenter l'abaissement du pied, qu'on se rend compte d'une résistance anormale. On sent alors un bourrelet saillant, dur et plus ou moins serré sur le genou qu'il retient et empêche de progresser.

M. Potocki conseille, dans la circonstance, de placer une main sur la paroi abdominale, au niveau du genou

et d'exercer des pressions progressives sur ce membre de haut en bas, pendant que l'autre main située dans l'utérus exerce des tractions sur le pied antérieur, primitivement saisi (Obs. XVIII).

III. — Méthode de refoulement du genou.

Le 7 octobre 1910, se présentait à la clinique obstétricale, une primipare chez laquelle on diagnostiqua une présentation du siège décomplété, mode fesses. Le toucher avait fait constater un rétrécissement du bassin et comme le travail n'avancait pas, on dut se déterminer à intervenir. M. le professeur Fabre, après anesthésie de la parturiente se décida à faire l'abaissement curatif du pied, lequel fut du reste parfaitement obtenu, à l'aide de manœuvres mixtes, mais, quand il voulut amener le pied à la vulve, il sentit une résistance anormale et ne tarda pas à constater que le genou buttait au détroit supérieur et que c'était le motif de l'arrêt de descente du membre inférieur et du siège.

Pour mener à bien l'accouchement, M. le professeur Fabre fit la manœuvre suivante :

Premier temps. — Le pied étant fortement saisi dans la main, on porte la cuisse en adduction et rotation en dedans. A ce moment-là, le genou vient butter contre le rebord du détroit supérieur.

Deuxième temps. — La main externe, à travers la paroi abdominale prend contact avec le genou qui est

refoulé dans le sinus sacro-iliaque correspondant et échappe brusquement au détroit supérieur.

Il ne reste plus alors qu'à tirer sur le pied dans l'axe du détroit supérieur, pour l'amener à la vulve.

C'est là une manœuvre très simple et très ingénieuse que nous n'avons vue décrite nulle part. Elle ne nécessite aucun aide, puisque l'opérateur lui-même peut faire les manœuvres externes avec une main.

Dans le cas présent, l'impossibilité de l'abaissement du pied venait de ce fait que le segment fémoral ne pouvait pas évoluer au niveau du détroit supérieur. En refoulant le genou dans le sinus sacro-iliaque, en portant la cuisse en adduction, le segment fémoral fut mis en rapport avec le diamètre oblique gauche du détroit supérieur qui, utilisé complètement, rendit possible l'évolution.

Il nous semble donc, que toutes les fois que le genou sera arrêté au détroit supérieur et empêchera la descente de la présentation, on aura tout avantage à employer la manœuvre de M. le professeur Fabre, qui, la seule fois où elle ait été tentée, a donné les meilleurs résultats.

Nous terminons ce travail en émettant l'opinion que les trois manœuvres mixtes que nous venons de passer en revue, peuvent, grâce à leur simplicité d'exécution, rendre de grands services au praticien, car, comme l'a dit fort bien M^{me} Lachapelle, « c'est dans une combinaison savante de plusieurs procédés qui, employés isolément ne seraient d'aucune ressource, que consiste essentiellement l'artifice des grands praticiens. Elle leur donne la sûreté et la facilité d'exécution et leur fait obtenir les effets les plus étonnants ».

OBSERVATION XXIII (Potocki).

(Abaissement du pied à travers la paroi abdominale.
Enfant vivant.)

Primipare, vingt ans, enceinte de huit mois.

A son entrée, dilatation comme un franc, siège mode des fesses à peine amorcé en D.T. Rupture des membranes à la dilatation complète; à ce moment le siège est très engagé; on décide d'abaisser le pied antérieur.

Pour exécuter la manœuvre de M. Pinard, on est obligé de donner du chloroforme à la femme qui est très agitée et pousse des cris. La flexion de la jambe est assez difficile à obtenir, car le siège étant en quelque sorte immobilisé dans le bassin, la cuisse s'écarte mal de la ligne médiane. En conséquence, on agit sur le pied par la paroi abdominale et on abaisse ce pied jusqu'à ce que les doigts introduits dans l'utérus l'aient accroché. Extraction immédiate.

Enfant étonné, crie presque aussitôt, 2.460 grammes.

Il pèse à la sortie 2.680 grammes.

Durée totale du travail dix-sept heures.

Accidents fébriles du cinquième au dixième jour des couches.

OBSERVATION XXIV (Potocki).

(Abaissement du pied à travers la paroi abdominale.
Enfant vivant.)

Primipare, vingt-huit ans, entre en travail à la clinique Baudelocque, le 15 juillet 1890. Siège engagé à la dilatation comme 50 centimes.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Abaissement immédiat du pied antérieur. On est obligé de faire respirer du chloroforme à la parturiente qui présente une grande agitation.

L'abaissement du pied a été facilité par des pressions exercées sur lui à travers la paroi abdominale.

Expulsion du tronc abandonnée à elle-même.

Vagissement intra-utérin, quelques instants après que le pied a été amené à la vulve.

Enfant vivant, 2.950 grammes.

Durée totale du travail, vingt-neuf heures.

Suites de couches physiologiques.

L'enfant pèse à sa sortie, 2.920 grammes.

OBSERVATION XXV (M. le professeur Fabre).

(Multipare. — Abaissement du pied antérieur par méthode mixte dans un bassin rétréci. — Enfant vivant.)

Alexandrine G..., quarante et un ans. Multipare. Rien dans ses antécédents héréditaires. Nourrie au sein. Ne sait pas à quel âge elle a commencé à faire ses premiers pas. Réglée à treize ans bien régulièrement et sans douleurs. Pas de σ φ antérieure.

Elle a eu dix enfants antérieurement.

Les quatre premières sont venues en présentation du sommet, sans intervention. La malade n'eut même pas recours à la sage-femme. C'est sa mère qui l'accoucha.

Le cinquième enfant est venu par les pieds et mort-né. Sur le sixième enfant, très volumineux, on fit une application de forceps sans résultat. Mort-né.

Délivrance artificielle.

Le septième accouchement fut normal. Une hémorragie se produisit deux jours avant le huitième accouchement. Enfant vivant.

Le neuvième accouchement fut normal.

Au dixième accouchement, l'expulsion se fit bien, mais il y eut de l'inertie utérine et une forte hémorragie de la délivrance.

De ces dix enfants, deux seulement sont vivants.

Grossesse actuelle. — Le 8 février 1907, la poche des eaux se rompt prématurément et la malade est prise de douleurs, qui vont toujours en augmentant.

Le 9 février, à 6 heures 1/2 du matin, la malade entre à la clinique. A l'entrée H. U. = 37 cm.

L'utérus est volumineux, tendu, en état de contraction permanente. La palpation est impossible. On n'entend pas les bruits du cœur.

Au toucher, on se rend compte que les deux fesses peuvent être atteintes, le coccyx est en avant et légèrement à droite. On a donc affaire à une S. I. D. presque antérieure.

Le poulx de la malade bat à 144. On lui fait une injection de 800 grammes de sérum artificiel.

A 9 h. 1/2, nouvel examen par M. le Professeur.

Le promonto-pubien est à 10,5. On sent nettement les contours du détroit supérieur.

Donc, bassin généralement rétréci avec bourrelet rétro-symphysien très accusé.

La malade est anesthésiée et on intervient pour faire l'extraction du siège.

La main gauche est introduite dans l'utérus et va à la recherche du pied gauche de l'enfant qu'on ne peut atteindre.

On fait alors la manœuvre mixte consistant à exercer des pressions abdominales destinées à mettre le pied en contact avec la main de l'opérateur.

La manœuvre réussit bien et le pied est amené à la vulve.

On tire sur lui et on dégage ensuite le pied droit.

Nouvelles tractions pour dégager le siège et délivrance du fœtus.

On fait ensuite l'abaissement des bras, pénible parce que ceux-ci buttent contre le promontoire. On dégage le bras postérieur le premier.

On fait ensuite l'extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau qu'on fit précéder de la manœuvre de Champetier pour faire descendre la tête.

Après l'accouchement, la malade perd 500 grammes de sang. On lui fait une injection de sérum artificiel.

Le placenta ne descend pas.

Il est alors 10 h. 1/4.

A 10 h. 1/2, la malade perd toujours. Le toucher indique que le placenta est dans le segment inférieur. M. le Professeur fait la délivrance artificielle. Une grande quantité de caillots accompagne le délivre.

Injection intra-utérine.

A 11 heures, la malade ne perd plus.

Pouls à 120.

L'enfant pèse 3.980 grammes.

OBSERVATION XXVI (M. le professeur Fabre).

(Primipare. — Intervention le 16 septembre 1910 : abaissement du pied dans un bassin rétréci, méthode mixte. — Enfant vivant. — Bonnes suites de couches.)

Françoise V..., vingt-six ans, primipare, entre à la maternité le 16 septembre 1910, à 3 h. 30 du soir.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont bien portants; elle a deux frères : l'un a fait son service militaire, l'autre a été réformé pour insuffisance de taille; son père est petit, mais sa mère est de taille moyenne; elle a une sœur du même lit qu'elle, âgée de vingt-huit ans, à peu près de même taille qu'elle et qui a accouché facilement.

Antécédents personnels. — De même que sa sœur, elle a été nourrie au sein et a fait ses premiers pas à quinze mois. Elle a eu des crises convulsives vers l'âge de deux ans et demi, qui ont retardé sa marche, mais les convulsions n'étaient pas seules en cause et le rachitisme a déterminé des déformations osseuses qui ont nécessité, vers l'âge de sept ans, cinq ostéoclasies qui l'ont immobilisée assez longtemps; puis, à sa sortie des plâtres, elle a pu marcher à l'aide d'appareils mécaniques qu'elle a gardés pendant

deux mois. Enfin, sans le secours d'aucun appareil elle a marché.

Actuellement, la parturiente se présente avec les caractères suivants :

Petite taille : 1 m. 38.

Goitre portant sur tout l'isthme et ayant existé de tout temps aux dires de la malade. C'est un goitre de consistance charnue.

Voûte palatine ogivale, mauvaise dentition. Les membres sont frêles avec des segments de 23 centimètres pour l'avant-bras et de 25 centimètres pour le bras.

Les mains sont grêles, mais sans caractères spéciaux. Les membres inférieurs ont une parenthèse fémorale bien marquée, mais c'est surtout la jambe qui présente la plus grande déformation. On y retrouve les trous des cinq ostéoclasies, surtout à l'extrémité du tibia. Il y a, faisant une saillie de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres, un fragment osseux qui pointe dans les parties molles et qui témoigne d'une ostéoclasie à ce niveau. En outre, il semble que les insertions musculaires du tiers supérieur du tibia aient été déplacées, de telle sorte qu'il y a une masse musculaire qui fait une saillie appréciable en arrière et en dedans et la saillie du mollet semble avoir été refoulée en dedans et en haut. En suivant le tibia sur tout son parcours, on le sent épaissi, rugueux, mais on ne sent pas les trous des autres ostéoclasies.

La pelvimétrie externe donne les renseignements suivants:

Diamètre antéro-postérieur . . .	17
— bi-épineux	23
— bi-crête	24
— bi-trochantérien.	26 3/4

Quant à son passé génital, la parturiente a été réglée à treize ans et demi, régulièrement, sans pertes blanches, sans signes de $\sigma \varphi$.

Les dernières règles sont du 19 au 22 décembre 1909.

La grossesse s'est effectuée sans accidents.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 15 septembre 1910, à 2 heures du soir, les douleurs ont débuté. Le 16, à 1 heure du soir, la poche des eaux s'est rompue, et le même jour, à 3 h. 1/2, la parturiente est entrée à la clinique.

A l'inspection, l'utérus a son grand diamètre, vertical.

La palpation permet de sentir que l'excavation n'est pas occupée par le pôle céphalique. Au contraire, dans l'hypocondre droit, sous les fausses côtes, on sent, à 15 centimètres au moins de la ligne médiane, un pôle arrondi qui semble être la tête. On n'obtient pas le ballotement céphalique. On a la résistance du dos à gauche et, à droite, au-dessus de l'excavation, on perçoit un petit membre à 6 centimètres de l'ombilic.

L'auscultation donne le maximum des bruits au niveau de l'ombilic, à 2 centimètres de la ligne médiane et à droite. Les battements sont précipités, au moment d'une contraction, on compte 180 ; dans l'intervalle, 176 ; mais ces bruits sont assez bien frappés.

Le toucher révèle un col mince, assez souple, effacé, perméable à la pulpe du doigt. On sent battre le cordon et on perçoit les orteils d'un petit membre ; le pouce est placé en dedans, le cou-de-pied regarde en avant ; c'est par conséquent le pied droit que l'on a sous le doigt.

Le pouls maternel est à 68.

A partir de 3 h. 1/2, les douleurs surviennent toutes les cinq minutes et durent de trente à quarante secondes. Les bruits du cœur se ralentissent.

A 6 heures, M. le professeur Fabre est appelé. Ayant pratiqué le toucher et constaté que le col est souple, dilatable, que la dilatation est à 7 centimètres et que la lèvre antérieure du col, un peu à droite, porte une échancrure qui semble un début de déchirure.

A 6 h. 10, au cours d'une injection vaginale, il se produit un glissement du cordon qui vient hors de la vulve former une anse de 12 centimètres au moins.

Les pulsations du cordon sont à 96.

La parturiente est endormie à l'éther et placée sur la table d'opération. M. le professeur Fabre introduit la main gauche et se dirige vers le creux poplité pour tenter la flexion de la jambe sur la cuisse; mais celle-ci ne se produit pas. Alors un aide place ses mains à plat sur la paroi abdominale au niveau du pied gauche de l'enfant.

Le contact s'étant produit, l'aide exerce des pressions régulières sur le pied qui ne tarde pas à venir butter contre la face dorsale de la main de l'opérateur. On tire ensuite le membre fœtal au dehors; le pied droit est saisi et des tractions sont exercées sur les deux membres; le siège est enfin dégagé.

Sur la moitié du tronc, il se produit une rotation qui porte le dos à droite. Le bras droit devient antérieur. La traction est relevée; le bras postérieur, après apparition du creux axillaire, se dégage; la traction oscillante le fait abaisser; le bras gauche se dégage ensuite (Deventer-Müller).

La tête est retenue par le bassin; le front est à gauche. La manœuvre de Champetier est exercée avec vigueur. La tête franchit le détroit supérieur et M. le Professeur relève le dégagement par la manœuvre de Mauriceau en relevant fortement et lentement dos sur ventre. La commissure postérieure cède sur 1 centimètre à peine. On met un point au crin de Florence.

L'enfant naît étonné. Les battements cardiaques sont bien perçus. On met l'enfant dans un bain à 40 degrés; la respiration ne se régularisant pas, on le place dans la position déclive. Il ne tarde pas à crier.

L'extraction a duré huit minutes environ.

Le délivre est expulsé spontanément au bout de vingt minutes.

Injection intra-utérine à la térébenthine. Utérus de bonne consistance.

La malade est reportée dans son lit de couches deux heures après. L'enfant pèse 2.480 grammes.

OBSERVATION XXVII (Potocki)

(Abaissement du pied par méthode mixte. — Pression sur le genou à travers la paroi abdominale).

Primipare ? Pendant la grossesse on diagnostique une présentation du siège, mode des fesses en S. I. D. A, déjà un peu engagée, mais on ne parvient pas à exécuter la version par manœuvres externes.

Rupture spontanée des membranes au début du travail. A la dilatation complète, le siège a tourné en sacro-pubienne et son engagement est très prononcé. On procède immédiatement à l'abaissement du pied antérieur. Mais la cuisse ne s'écarte que difficilement de la ligne médiane, car le genou rencontre un anneau de contraction qui fait saillie dans la cavité utérine ; aussi la jambe s'abaisse-t-elle mal.

M. Potocki a alors l'idée d'exercer des pressions sur le genou à travers la paroi abdominale de façon à faciliter la descente de la jambe.

On accroche alors la partie supérieure de cette dernière avec l'index et on la fléchit directement, ce qui réussit assez bien.

Enfant étonné ; mais crie bientôt. 3.270 grammes.

Durée totale du travail : seize heures quarante minutes.

OBSERVATION XXVIII (M. le professeur Fabre)

(Primipare. — Abaissement du pied antérieur par méthode mixte. — Application consécutive de la méthode de refoulement du genou. — Bassin rétréci. — Enfant vivant).

Germaine M..., trente ans, lingère. Primipare. Entrée à la clinique le 4 octobre 1910.

C'est une femme pâle, ayant un léger goitre.

Taille : 1 m. 46. Rien de spécial dans le squelette ; pas de parenthèse fémorale.

Les douleurs débutent le 6 octobre, à 9 heures du soir et dans la nuit la poche des eaux se rompt spontanément.

La malade est examinée dans la matinée du 7 octobre.

L'utérus est entièrement incliné à droite : il ne déborde l'ombilic, à gauche, que de 8 centimètres.

On sent le pôle céphalique à droite, mais il est difficilement délimitable.

A l'auscultation, les bruits du cœur ont leur maximum sur la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Ils sont réguliers à 140.

M. le professeur Fabre fait le toucher à 10 h. 30. La dilatation est à 6 centimètres.

On perçoit une masse molle, mais nulle part on ne sent les pieds. Les organes génitaux et l'anus sont perçus.

Le promonto-sous-pubien a 11 cm. 3.

On sent un bourrelet rétro-symphysien très marqué.

La symphyse est très inclinée.

On fait facilement le droit du détroit supérieur.

Le siège est en S. I. G. T.

A 1 h. 50, la dilatation est à peu près complète. Le siège est engagé ; les douleurs deviennent plus fortes et plus fréquentes. Les bruits du cœur sont à 152.

A 4 heures, les douleurs tendent à s'espacer ; les bruits du cœur sont réguliers.

A 4 h. 30, la dilatation est complète et M. le professeur Fabre tente une intervention à 4 h. 40.

Le siège est descendu dans l'excavation, de sorte que le pôle inférieur de la présentation est à trois travers de doigts au-dessus du périnée. Les parties molles sont très résistantes et, après des tentatives de courte durée de tractions sur les aines et devant les difficultés rencontrées, on se décide à tenter l'abaissement curatif.

La main gauche est introduite dans les voies génitales,

la pulpe des doigts conduite jusqu'au creux du jarret ; la cuisse antérieure gauche du fœtus est reportée en abduction et rotation en dehors et, malgré plusieurs tentatives, la jambe ne se fléchit pas sur la cuisse. Cet abaissement ne se produit qu'après avoir, à travers la paroi abdominale, accroché avec la main externe la face antérieure de la jambe et l'avoir conduite en contact avec la pulpe des doigts.

Le pied est saisi par la main, engagé à travers le col et abaissé jusqu'à la partie moyenne de l'excavation en portant la cuisse en adduction et rotation en dedans. Mais le pied glisse dans la main de l'opérateur et l'abaissement ne peut être réalisé, le genou buttant contre le rebord du détroit supérieur.

Même tentative à trois et quatre reprises sans résultats.

Alors, la main à travers la paroi abdominale se dirige à droite, à l'extrémité du diamètre transverse, et prend nettement contact avec le genou. Le mouvement communiqué est constaté par la main interne et le genou étant refoulé d'environ 4 centimètres, échappe brusquement au détroit supérieur.

On opère ensuite la traction sur le pied antérieur ; le siège se dégage petit à petit. On fait la manœuvre de De-venter-Müller pour le dégagement des épaules, celle de Mauriceau et de Champetier de Ribes pour celui de la tête.

L'enfant est vigoureux ; il pèse 3.520 grammes. On constate chez la mère une déchirure périnéale allant jusqu'au sphincter. On la suture immédiatement par 4 points au crin de Florence.

CONCLUSIONS

I. — L'accouchement en présentation du siège décomplété, mode des fesses, se termine spontanément dans la grande majorité des cas.

II. — Dans 19 pour 100 des présentations du siège décomplété, mode des fesses, des anomalies, soit d'origine fœtale, soit d'origine maternelle, rendant l'accouchement spontané impossible, des difficultés peuvent se présenter au moment de l'abaissement du pied antérieur.

III. — Avant toute autre intervention, l'accoucheur devra employer la méthode de Pinard, dite de l'abaissement curatif, qui est applicable dans la plupart des cas.

IV. — Si cependant cet abaissement ne pouvait être obtenu, on devra recourir aux tractions inguinales, la seule méthode de force à employer.

V. — Mais avant même d'essayer ce dernier procédé, nous pensons qu'on aura tout avantage à employer

les manœuvres mixtes qui faciliteront souvent celle de Pinard. La manœuvre de l'abaissement du pied et celle de l'abaissement du genou à travers la paroi abdominale, celle du refoulement du genou, tentée dernièrement par notre maître, M. le professeur Fabre, ont donné des résultats tout à fait satisfaisants.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
FABRE.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 novembre 1910.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD, Ueber Behandlung der gedoppelten Steisslagen, Societ obstetric., Leipzig, 21 octobre 1872 (*Arch. für Gynæk.*, t. V, p. 174).
- AGNEW, The forceps in certain breech presentations (*Transactions of the Obstetrical Society of London*, vol. XIX).
- BAR (P.) et BRINDEAU, *la Pratique de l'art des accouchements*.
- BARNES, *Leçons sur les opérations obstétricales*, 1873 (Traduct. sur la 2^e édition, par Cordes).
- BAUDELOCQUE, *l'Art des accouchements*, Paris, 1879.
- BLOC, Etude statistique sur la présentation du siège décomplété, mode des fesses (*l'Obstétrique*, Paris, 1897, n^o 4).
- M^{me} BOIVIN, *Mémoire de l'art des accouchements*, Paris, 1836.
- BONNAIRE, De l'abaissement artificiel du pied dans la présentation du siège (*Semaine médicale*, 1893).
- BUDIN, *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1886, 1892.
- Présentation du siège décomplété, mode des fesses (*Journal des Sages-Femmes*, 1900).
- *Journal des Praticiens*, 1892.
- BUDIN et DEMELIN, *Manuel pratique d'accouchement*.
- CARTRON, *Conduite à tenir dans les présentations du siège décomplété, mode des fesses* (th. Bordeaux, 1897).
- CAZEAUX, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, Paris, 1874.
- CHAILLY, *Traité pratique de l'art des accouchements*.

- CORRIEZ, *De la version par manœuvres externes dans les présentations du siège* (th. Paris, 1888).
- DE LA MOTTE, *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature*, Paris, 1765.
- DELIASSUS, De l'abaissement du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses (*l'Obstétrique*, Paris, 1897).
- DELAUNEY, *Pronostic et traitement des présentations du siège* (th. Lille, 1889-1890).
- DEVENTER, *Observations importantes sur le manuel des accouchements*, 1733.
- DOHRN, Ueber Pulslosigkeit des Kindes während der Extraction an den Füßen (*Arch. für Gynæk.*, Bd. VI).
- DUBOIS (Paul), *Traité complet d'accouchements*.
— *Mémoire de l'Académie de Médecine*, Paris, 1833.
- DUBRISAY et JEANNIN, *Précis d'accouchement*.
- DUGÈS, *Manuel d'Obstétrique*, Paris, 1840.
- FABRE, *Précis d'Obstétrique*, 1910.
- FARABEUF et VARNIER, *Introduction à l'étude clinique et à la pratique de l'accouchement*.
- FUNK-BRENTANO, De la conduite à tenir dans la présentation du siège (*Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1900).
- GAULARD, *Considérations sur les présentations du siège*.
- GRYNFELT, *Gazette de Montpellier*, 1881.
- GUILLEMEAU, *De la grossesse et de l'accouchement*.
- HAAKE, *Arch. für Gynæk.*, 1877.
- HENRIONNET, *Engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse* (th. Paris, 1884).
- HAUVUY, *Quelques réflexions sur le pronostic et le traitement de la présentation du siège décomplété, mode des fesses* (th. Lyon).
- JACQUEMIER, *Manuel des accouchements*.
- JOULIN, *Traité complet des accouchements*.
- KUSTNER, *Présentation du siège et des pieds ; leur danger ; leur traitement*.

- LACHAPELLE (M^{me}), *Pratique des accouchements*.
- LASKINE, Anomalie du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du siège décomplété, mode des fesses (*Société Obst. de France*, 1895).
- LEFOUR, Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété, mode des fesses (*Gazette hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, 1882).
- LEPAGE, *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 1905.
- LEVRET, *Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux*.
- MANGIAGALLI, *Annales d'Obstétrici*, 1881.
- MANTEL, *Nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans les présentations du siège décomplété, mode des fesses* (th. Paris, 1889).
- MAURICEAU, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, Paris, 1681.
- MAYGRIER, *Traitement des présentations du siège décomplété, mode des fesses* (*Société d'Obstétr. et de Gynéc.*, Paris, 1890).
- MINON, *Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées, mode des fesses, dans la présentation du siège* (th. Paris, 1903-1904).
- NÉRET, De la présentation du siège (*Journal des Sages-Femmes*, Paris).
- NOÉGÉLÉ et GRENSER, *Traité pratique de l'art des accouchements*, traduit par Aubenas, 1880.
- OLIVIER, *De l'intervention dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses* (th. Paris, 1882).
- PAJOT, *Annales de Gynécologie*, 1882.
- PEU, *la Pratique des accouchements*.
- PID, Interventions dans les présentations du siège décomplété, mode des fesses (*Bulletin de la Société de Méd. pratique*, Paris, 1890).
- PORAK, Statistique à propos du pronostic et du traitement des

- présentations du siège décomplété, mode des fesses,
(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gyn.*, 1887).
- PORAK, Deux cas de présentation du siège décomplété, mode des
fesses (*Annales de Gyn.*)
- POTOCKI, Abaissement prophylactique et curatif du pied dans la
présentation du siège décomplété, mode des fesses
(*Annales de Gynéc.*, 1893).
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE, *Précis d'Obstétrique.*
- ROEDERER, *Eléments de l'art des accouchements*, 1765.
- SMELLIE, *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements.*
Trad. française, 1754.
- STEIN, *l'Art d'accoucher.*
- STEINMETZ, *Des présentations du siège décomplété, mode des*
fesses (th. Nancy, 1898-1899).
- TARNIER et CHANTREUIL, *Traité d'accouchement.*
- UNDERHILL, *British medical Journal*, 1879.
- VAILHÉ, *Quelques remarques sur l'extraction du fœtus en*
présentation du siège décomplété, mode des fesses
(th. Montpellier, 1897-1898).
- VELPEAU, *Traité complet d'accouchement.*
- VIARDEL, *Observations. sur la pratique des accouchements,*
1674.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Difficultés pour abaisser le pied . .	13
α . Difficultés tenant à la mère	13
β . Difficultés tenant à l'œuf	22
γ . Difficultés tenant au fœtus	29
CHAPITRE II. — Manœuvres destinées à extraire le siège après arrêt du travail	37
α . Tractions à l'aide d'instruments	37
β . Procédés manuels	46
CHAPITRE III. — Abaissement du pied antérieur (abaisse- ments prophylactique et curatif)	56
α . Abaissement du pied avant dilatation complète .	57
β . Abaissement du pied quand la dilatation est plus avancée	62
γ . Abaissement du pied quand la dilatation est complète	73
CHAPITRE IV. — α . Sur quelques autres procédés d'abais- sement du pied quand la manœuvre de Pinard a échoué	91
β . Manœuvres mixtes	102
CONCLUSIONS.	119
BIBLIOGRAPHIE	121

